



Hoitajan kohtaama työväkivalta seurauksi- neen moniulotteisena ilmiönä

Itkonen, Mirka

2015 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Hoitajan kohtaama työväkivalta seurauksineen moniulotteisena ilmiönä

Mirka Itkonen
Sosiaali- ja terveysalan
ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden koulutusoh-
jelma - Palveluiden johtaminen ja
kehittäminen
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2015

Mirka Itkonen

Hoitajan kohtaama työväkivalta seurauksineen moniulotteisena ilmiönä

Vuosi

2015

Sivumäärä

92 + 22

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden tai asiakkaiden väkivaltaista käytöstä ja sen vaikutusta hoitohenkilökunnan hyvinvointiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Tavoitteena oli määritellä potilaiden tai asiakkaiden väkivaltaisuutta, sen esiintyvyyttä ja seurauksia hoitohenkilökunnan hyvinvointiin sosiaali- ja terveydenhuollon alalla tuottamalla aiheesta analysoidua ja tiivistettyä tietoa kirjallisuuskatsauksen muodossa. Tavoitteena on, että kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista kehittää osaltaan väkivaltaisen käyttäytymisen kohtamiseen liittyvää koulutusta ja hoitoa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat seuraavat: 1. Miten potilaiden ja asiakkaiden aggressiivista ja väkivaltaista käytöstä sekä hoitajien kohtaamaa työväkivaltaa on kuvattu tutkimuksissa, 2. Miten yleistä hoitohenkilökunnan kohtaamaa työväkivaltaa tutkimusten ja kirjallisuuden valossa on, 3. Millaisia seurauksia kohdatusta työväkivallasta on hoitajien työhyvinvoinnille, 4. Millaisia työhyvinvointia edistäviä tekijöitä ja toimintaa työväkivaltatilanteiden osalta on kuvattu tutkimuksissa?

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus rakentui tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, alkuperäistutkimusten valinnasta ja arvioinnista sekä analysoinnista ja tulosten esittämisestä. Lopullisesta hausta saatiin 2104 tutkimus- ym. artikkelia, joista otsikon perusteella hyväksyttiin 93 artikkeliviitettä. Artikkelien abstraktien mukaan hyväksyttiin 67 artikkelia, joista 20 tutkimusartikkelia valikoitui aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin.

Opinnäytetyön keskeisimpinä tuloksina nousivat esiin määritelmät työväkivalta moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä, työväkivalta paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa, työväkivalta monialaisesti yksilön, yhteisön, toimialan ja organisaation hyvinvointiin, terveyteen, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä ja kehittämistoiminta organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistävänä tekijänä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tulokset osoittivat, että työväkivalta on sekä muodoltaan, esiintyvyydeltään että seurauksiltaan kompleksinen ilmiö. Tulosten mukaan työhyvinvointia työväkivaltaa kohdattaessa on mahdollista tukea kehittämistoiminnan avulla.

Opinnäytetyön tuloksiin nojaten esitettiin kehittämissuunnitelmassa työhyvinvoinnin keskeisimmät kehittämisetodotukset työväkivaltaa kohdattaessa. Kehittämissuunnitelmassa tärkeäksi nousi organisaation mahdollistama kehittämistoiminta ja hyvien toimintatapojen kehittäminen työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa. Kehittämissuunnitelmassa työväkivaltaan liittyviä kehittämisetodotuksia tarkasteltiin koko organisaation, työyhteisön ja yksittäisen työntekijän näkökulmasta.

Asiasanat: Työhyvinvointi, työväkivalta, yksilö, työyhteisö, organisaatio, kehittäminen

Mirka Itkonen

Violence at Work and its Consequences for the Nurses as a Multidimensional Phenomenon

Year 2015

Pages

92 + 22

The intention of this Master's thesis was to describe the violent behavior of patients or customers, and its impact on the nursing staff welfare by using a literature study. The aim of this thesis was to determine patients' or clients' violence, its prevalence and consequences the welfare of health and social care in the field of worker producing about analyzed and summarized information in the form of a literature study. The aim of this thesis was to improve and develop education and treatment associated with violent behaviour.

The research questions of this thesis are as follows: 1. How to aggressive and violent patients and clients, as well as the use of nurses facing the violence of the workers has been described in studies? 2. How common the nursing staff faced by violence at work in the light of studies and literature? 3. What are the consequences of violence at work is encountered in the nurses' wellbeing? 4. What are the features and operation of the work situations of violence with regard to promoting the well-being are described in the studies?

The literature review process followed a protocol which consisted of framing the questions, identifying relevant literature, as well as the analysis and and interpreting the findings. The final search gave 2104 citations, of which the title on the basis of 93 citations were approved. According to article abstract was adopted 67 articles, including 20 research articles were picked up for inductive content analysis.

The central findings were definition violence at work as a multidimensional individual, community, industry, and organization burdening phenomenon. As well violence at work places general and the diverse nature of today's health care, violence at work with a multidisciplinary individuals, communities, industry and organizational well-being, health, productivity and quality of active phenomenon and promoting well-being, as by development organizations, industries, communities and individuals in social and health care. The results indicate that the working class has the power, as well as the shape, frequency and consequences of a complex phenomenon. The results show that the well-being at work in the face of violence is possible to support by the development action.

On the basis of the results, the development blueprint introduced the most central development proposals of work well-being in the face of violence at work. The development plan's important factors are the organization development activities made possible and the development of best practices to promote well-being at work in the face of violence. The development plan at work development proposals related to violence focused on the entire organization, the community and the individual employee's perspective.

Keywords: Work well-being, violence at work, individual, work community, organization, development

Sisällys

1	JOHDANTO.....	7
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	9
3	TYÖHYVINVOINTI	11
3.1	Työväkivalta.....	15
3.1.1	Väkivalta	15
3.1.2	Työväkivalta ja työpaikkaväkivalta	16
3.2	Toimintaa ohjaavat lait ja asetukset	18
3.2.1	Asiakkaan ja potilaan oikeudet ja velvollisuudet.....	18
3.2.2	Työntekijän oikeudet ja velvollisuudet	20
3.2.3	Esimiehen oikeudet ja velvollisuudet.....	25
4	KIRJALLISUUSKATSAUS OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄNÄ.....	27
5	OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄT	30
5.1	Aineisto ja aineiston keräämismenetelmä	30
5.2	Aineiston analyysi	32
6	TULOKSET	34
6.1	Työväkivalta moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä	34
6.1.1	Työväkivalta moniulotteisena ilmiönä	36
6.1.2	Hoitajan kohtaama työväkivalta erimuotoisena	37
6.1.3	Hoitajan kohtaaman väkivallan kuormitus keskittyy tiettyihin työyksiköihin ja henkilöstöön	38
6.1.4	Hoitajan kohtaaman väkivallan sidonnaisuus toimintaan ja kokemukseen hoitajan kohtaaman väkivallan sidonnaisuus toimintaan ja kokemukseen.....	40
6.1.5	Työväkivallan näyttäytyminen johtamisen, yhteisön ja organisaation tasolla	41
6.2	Työväkivalta paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa	42
6.3	Työväkivalta monialaisesti yksilön, yhteisön, toimialan ja organisaation hyvinvointiin, terveyteen, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä ..	44
6.3.1	Työssä kohdattu väkivalta monialaisena hoitajan hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavana ilmiönä	46
6.3.2	Työssä kohdattu väkivalta monialaisena yhteisön ja organisaation hyvinvointiin, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä	48
6.3.3	Työssä kohdattu väkivalta yleisesti turvattomuutta aiheuttavana ilmiönä	49
6.4	Kehittämistoiminta organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistävänä tekijänä sosiaali- ja terveydenhuollossa	50

6.4.1	Organisaation mahdollistama kehittämistoiminta työhyvinvoinnin edistämiseksi.....	51
6.4.2	Hyvien toimintatapojen kehittäminen työhyvinvoinnin edistämiseksi ..	53
6.5	Tulosten yhteenveto.....	54
7	POHDINTA	55
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	55
7.2	Tulosten tarkastelu, päätelmät ja jatkotutkimusehdotukset	58
8	HOITAJIEN TYÖHYVINVOINNIN KEHITTÄMISSUUNNITELMA TYÖVÄKIVALTATILANTEISSA	69
	Lähteet	83
	Kuviot	90
	Taulukot	91
	Liitteet.....	92

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden tai asiakkaiden väkivaltaista käytöstä ja sen vaikutusta hoitohenkilökunnan hyvinvointiin sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Opinnäytetyön tavoitteena on määritellä potilaiden tai asiakkaiden väkivaltaisuutta, sen esiintyvyyttä ja seurauksia hoitohenkilökunnan hyvinvointiin laatimalla aiheesta järjestelmällisyyteen pyrkivä kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyvää koulutusta ja hoitoa sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksen, raporttien ja kirjallisuuden pohjalta analysoidun tiedon avulla. Opinnäytetyössä kuvataan tieteellisissä julkaisuissa, kirjallisuudessa ja tutkimuksissa esiintyviä ilmauksia potilaiden väkivaltaisesta käyttäytymisestä, yleisyydestä ja asiaan liittyvästä lainsäädännöstä sekä hoitohenkilökunnan hyvinvoinnista heidän kohdattua väkivaltaista käyttäytymistä potilaiden, asiakkaiden tai omaisten toimesta.

Väkivalta eri muodoissaan on yleistynyt sekä sosiaali- että terveydenhuollon alalla, useassa hoitoyhteisössä väkivallan kohtaaminen on arkipäivää. Myös lapsipotilaiden aggressiivisuus kuormittaa hoitohenkilökuntaa. Väkivaltaisen käyttäytymisen yhteyttä hoitohenkilökunnan kokemaan stressiin ja uupumukseen on tutkittu, mutta jo väkivallan tai aggressiivisuuden määrittelyssä on paljon epäyhtenäisyyttä. Aggressiivisten tai väkivaltaisten asiakkaiden kohtamista on tärkeä tutkia, sillä kyseessä on merkittävä stressiin liittyvä, työssä jaksamiseen ja työvoiman saatavuuteen vaikuttava asia. (Timlin & Kyngäs 2007; Taattola 2007; Taipale & Välimäki 2002; Pitkänen 2003; Keskinen 2005 ja Rasimus 2002.)

Euroopan komissio on tehnyt sopimuksen mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi jäsenvaltioissaan. Tässä sopimuksessa komissio on asettanut tavoitteeksi riittävän ja hyvinvointiaan työvoiman säilyttämisen, sillä sen todetaan olevan merkittävä EU:n innovatiivisuuteen ja tuottavuuteen vaikuttava seikka. Mielenterveyttä ja hyvinvointia uhkaavien riskitekijöihin kuuluu työpaikoilla kohdattava väkivalta, jonka arvioimiseksi ja ehkäisemiseksi komissio kehottaa toimenpiteisiin. (EU 2008.)

Väkivallan kohtaaminen aiheuttaa pelkoa ja turvattomuutta, sillä on suora yhteys ihmisen mielenterveyteen ja sitä kautta muuhun terveyteen ja hyvinvointiin. Työntekijöiden turvallisuuden vaikuttaminen on terveyden edistämistä, jolla on vaikutusta paitsi yksilöön itseensä, myös muihin sidosryhmiin ja yhteiskuntaan. Uhatuksi tai väkivallan kohteeksi joutuminen altistaa psyykkiselle pahoinvoinnille, josta aiheutuu, sekä yksilötasolla että yhteiskunnallisesti, moninaisia kustannuksia, tappioita ja haittoja. (Euroopan komissio 2005, 4.)

Riittävä työntekijäresurssi on usean alan strateginen menestystekijä ja hoitotyön esimiehillä on suuri vastuu aggressiotilanteisiin varautumisesta ja niiden riittävästä jälkihoidosta. Väki- valtaisen käytöksen kohtaamiseen on olemassa useita erilaisia toimintatapamalleja, jotka eroavat toisistaan, mikä saattaa aiheuttaa ristiriitaisia tunteita ja epätietoisuutta toimintatavoista. Useimmat menetelmistä on kehitetty ulkomailla, paikalliseen hoitokulttuuriin ja palvelujärjestelmään sopivaksi. Myös Suomessa on kehitetty suomalaisen työelämän tarpeita vastaamaan AVEKKI - toimintatapamalli, joka tarkoittaa toimintatapamallia aggression ja väkivallan ennaltaehkäisyyn/hallintaan, koulutus ja kehitys integroidusti. Tutkimukset osoittavat koulutuksen vähentävän olennaisesti hoitohenkilöstön kokemaa stressiä aggressio- ja väkivallatilanteita kohdattaessa. (Taipale & Välimäki 2002, 175; Taattola 2007, 41-43.)

Koulutan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian henkilökuntaa väkivaltaisten ja haastavien tilanteiden kohtaamiseen AVEKKI - toimintatapamallin mukaisesti. Tähän toimintatapamalliin liittyy jatkuva oppiminen, myös kouluttajien jatkuva oppiminen. Sekä koulutuksen että työelämän kehittämisen kannalta olisi tärkeää saada työssä kohdatun, asiakkaan tai potilaan taholta tapahtuvan väkivaltaisen käyttäytymisen vaikutuksista tiivistä, tuoretta ja analysoitua tutkimuksellista tietoa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden tai asiakkaiden väkivaltaista käytöstä ja sen vaikutusta hoitohenkilökunnan hyvinvointiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on määritellä potilaiden tai asiakkaiden väkivaltaisuutta, sen esiintyvyyttä ja seurauksia hoitohenkilökunnan hyvinvointiin sosiaali- ja terveydenhuollon alalla tuottamalla aiheesta analysoitua ja tiivistettyä tietoa kirjallisuuskatsauksen muodossa. Kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista kehittää osaltaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyvää koulutusta ja hoitoa sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksen, raporttien ja kirjallisuuden pohjalta analysoidun tiedon avulla.

Opinnäytetyössä kuvataan tieteellisissä julkaisuissa, kirjallisuudessa ja tutkimuksissa esiintyviä ilmauksia potilaiden väkivaltaisesta käyttäytymisestä, yleisyydestä ja asiaan liittyvästä lainsäädännöstä sekä hoitohenkilökunnan hyvinvoinnista heidän kohdattua väkivaltaista käyttäytymistä potilaiden, asiakkaiden tai omaisten toimesta. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tunnistaa ja kerätä olemassa olevaa tutkimustietoa, arvioida ja tiivistää sitä siten, että toisaalta tutkimustarve tulee näytettyä toteen ja toisaalta estetään resurssien tuhlaaminen turhiin tutkimuksiin (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 44, Salminen 2011, 9 Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121, Hovi, Saranto, Korhonen, Korhonen & Holopainen 2011, 37 - 38). Kirjallisuuskatsaus tuoreen ja tiivistetyn tiedon löytämiseksi on kouluttajana toimimisen tueksi tärkeää.

Tutkimuksen lähtökohtana on tutkimuskysymys tai tutkimusongelma, jonka kautta voidaan perustella tutkimuksen mielekkyys. Tutkimusongelman kautta tutkija määrittää käsityksiään tutkittavasta ilmiöstä ja siitä saatavilla olevasta tiedosta. Tutkimusongelmien avulla pyritään saamaan vastaus tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimusongelmat määrittävät siten tutkimuksen tavoitteet. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39 - 40.) Huttusen (1997, 150- 151) mukaan tutkimuksen pohjana on usein todellisessa elämässä havaittu ongelma, jota halutaan kartoittaa. Tätä havaittua ongelmaa täsmentäen ja käsitteellistäen päädytään asettamaan tutkimusongelmat. Tutkimusongelmat tulee siis johtaa tutkimuksen aiheesta ja rajata siten, että aineistosta on saatavilla vastaus juuri tutkittavaan ilmiöön. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusongelmia voi olla lukuisia tai vain yksi ja tutkimusongelmia on mahdollista täydentää tai korjata tutkimuksen edetessä. Laadullisessa tutkimuksessa, kuten tässä opinnäytetyössä tutkimusongelma on tutkimuksen ja analysoinnin lähtökohta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39 - 40.)

Tässä opinnäytetyössä pyritään löytämään vastaus seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten potilaiden ja asiakkaiden aggressiivista ja väkivaltaista käytöstä sekä hoitajien kohtaamaa työväkivaltaa on kuvattu tutkimuksissa?
2. Miten yleistä hoitohenkilökunnan kohtaama työväkivalta tutkimusten ja kirjallisuuden valossa on?
3. Millaisia seurauksia kohdatusta työväkivallasta on hoitajien työhyvinvoinnille?
4. Millaisia työhyvinvointia edistäviä tekijöitä ja toimintaa työväkivaltatilanteiden osalta on kuvattu tutkimuksissa?

3 TYÖHYVINVOINTI

Työhyvinvointi (well-being at work) on käsitteenä suhteellisen tuore niin Suomessa kuin muuallakin. Työhyvinvoinnin käsitteestä on useita eri tulkintoja ja sille on olemassa lukuisia lähi-käsitteitä. Useimmiten työhyvinvointitutkimus arvioi työkykyä, työtyytyväisyyttä tai työstressiä. Eri lähteissä viitataan myös työnimuun, työn mielekkyyteen ja työmotivaatioon. Työhyvinvointia lähellä on työkyvyn käsite. Työkykyä käytetään usein työhyvinvoinnin synonyyminä, mutta työkyky itsessään liittyy käsitteenä työkyvyttömyyteen, jota arvioidaan lääketieteellisesti pohjalta. Työterveyshuollon työkyvyn ylläpitämiseen ja kohentamiseen kytkeytyvät Tyky - toimet liittyivät aiemmin pääasiassa fyysisen toimintakyvyn parantamiseen. (Jääskeläinen 2013, 11, 16 - 21.)

Työhyvinvointi on siis positiivinen voimavara, ei vain pahoinvoinnin puutetta. Samoin voidaan nähdä työhyvinvointiin kytkeytyvä työn imun käsite. Seppälän (2013, 45 - 46) tutkimuksessa työn imu näyttäytyi sangen muuttumattomana tunnetilana. Hän liittää työn imun kokemukseen omistautumisen, uppoutumisen ja tarmokkuuden. Väitöskirjassa työn imulla todetaan olevan yhteyttä terveyteen, erityisesti sydämen terveyteen ja autonomisen hermoston toimintaan. (Seppälä 2013, 47 - 49.)

Tässä oppimistyössä työhyvinvoinnin nähdään koostuvan useasta eri osa-alueesta. Työhyvinvointi saa alkunsa työn mielekkyyden ja hallinnan kokemuksista, joihin liittyvät työn toimintatavoissa onnistuminen ja työn sujuminen sekä kokemus työn merkityksellisyydestä ja (Jääskeläinen 2013, 11, 24). Työhyvinvointi koostuu mm. kokonaistyöhyvinvoinnista, työn osaamisesta ja kehittävydestä, fyysisestä ja henkisestä työkyvystä ja kuormittumisesta sekä ergonomiasta. Työhyvinvointiin liittyy työilmapiiri, kiireen tai kiireettömyyden tunne ja työn määrä suhteessa työntekijöihin, työnantajan toiminta työhyvinvoinnin edistämiseksi, esimiestyö, työpaikan tiedonkulku ja suhtautuminen työkyvyn muutoksiin. Työhyvinvointiin yhdistyy myös työn ja perheen yhteensovittaminen, työsuhteiden jatkuvuus, työssä jaksaminen ja vaikutusmahdollisuudet. (Kaartinen, Forma ja Pekka 2011, Kumpulainen 2013, 124.)

Työhyvinvointi on yksilöllinen kokemus, johon kytkeytyy työntekijän ja työnantajan yhteistoiminta. Siksi sitä voidaan tarkastella myös työyhteisön näkökulmasta. Työntekijän kokemus johtamisesta, lähiesimiehen toiminnasta ja ennen kaikkea päätösten ja menettelytapojen oikeudenmukaisuudesta on merkityksellistä työhyvinvoinnille. Ihmisen kokonaisvaltaisuuden vuoksi yksilön hyvinvointia työ- tai vapaa-ajalla on mahdotonta erotella, ne liittyvät toisiinsa. Samoin yksittäinen työntekijä kytkeytyy usein työyhteisöönsä ja siten työhyvinvointia edistävillä, terveyteen vaikuttavilla toimilla on jopa tehokkaampi vaikutus niiden liittyessä työyhteisöön kuin yksittäiseen työntekijään. (Kumpulainen 2013, 32 - 33, 83, Jääskeläinen 2013, 24.)

Suomen kilpailukyky perustuu yhä useammin luovuudelle, joten työhyvinvoinnilla on suora yhteys yritysten talouden tilaan (Kaukiainen 2013, 7). Työhyvinvoinnilla on myös kansantaloudellista merkitystä, sillä se liittyy oleellisesti työkyvyttömyydestä aiheutuviin ja työssä jaksamisen tukemisen kustannuksiin, sekä vaikuttaa työn tuloksellisuuteen ja kilpailukykyyn. Työikäisten hyvinvointiin on syytä panostaa, sillä hyvin-voivan työntekijän työura pitenee huomasti voivaan verrattuna. Työhyvinvointi ja siihen liittyvä maine vaikuttaa työpaikan houkuttavuuteen sekä rekrytoinnin onnistumiseen. Tämä korostuu sosiaali- ja terveysalalla, jossa työvoiman saanti on jo niukkaa ja työvoimapulaa esiintyy erityisesti vanhustenhuollossa. Ammattitaitoinen ja riittävä henkilöstö on laadukkaan potilashoidon edellytys. Näin ollen hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnilla on merkitystä paitsi työpaikan vetovoimaisuuteen myös hoidon laadun ylläpitämiseen ja parantamiseen. (Jääskeläinen 2013, 11, Kaartinen ym. 2011, 8, Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa 2013, 14, Utriainen 2009, 119.)

Psykososiaalisilla työolosuhteilla on terveyttä edistäviä tai haittaavia vaikutuksia (Pirskanen, Pietilä, Rytönen & Varjoranta 2010, 40). Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa työsuojelun tehtäväksi työntekijöiden fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämisen työelämässä, työn hallinnan ja sitä kautta työssä jaksamisen ja jatkamisen tukemisen. Työsuojelun tärkeäksi tavoitteeksi vuoteen 2020 mennessä on nimetty ammattitautien ja työtapaturmien ehkäisy sekä työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen mm. koettua psyykkistä ja fyysistä kuormitusta vähentämällä. Näissä tavoitteissa mainitaan työpaikkojen työhyvinvointia ja turvallisuutta tukevan johtamis- ja turvallisuuskulttuurin luominen työoloihin, joista vastaa aina työnantaja. (Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa 2013, 14.)

Tässä opinnäytetyössä erityisen tarkastelun kohteena on hoitotyöntekijöiden työhyvinvointi. Kunta-alan työhyvinvoinnin kartoituksessa työhyvinvoinnin yleisiksi riskitekijöiksi nousivat fyysisen työkyvyn ongelmat työntekijöiden ikääntyessä. Erityisesti eläkepoistuman vaikutus työvoiman riittävyyteen koskee terveysalaa, jossa työmäärään nähden suhteutettu aika- ja työntekijäresurssi on muihin ammattialoihin verrattuna niukinta. Kuntasektorin terveysalan työntekijöiden työstä aiheutuva psyykinen ja fyysinen kuormittuminen on lisääntynyt, fyysinen työkyky heikentynyt ja koettu työhyvinvointi on keskimäärin arvioituna muita kuntasektorin ammattialoja heikompaa. (Kaartinen ym. 2011, 4 - 5, 8, 49.)

Työhyvinvointi kytkeytyy vahvasti kontekstiin ja kohteeseen, toimipaikkoihin ja toimialaan (Utriainen, Mursula ja Virokannas 2011, 32). Terveystieteiden alan työntekijöiden koettu työhyvinvointi poikkeaa muiden ammattialojen työhyvinvoinnista ainakin kuntasektorin tutkimuksissa. Sote- uudistus, kuntien yhdistymiset ja muut järjestelmään ja organisaatioon kohdistuvat uudistukset voivat aiheuttaa sekä epävarmuutta että uusiutumispaineita. Julkisen sektorin tuottavuuden lisääntymiseen liittyvät odotukset, toimintojen ulkoistaminen ja yhtiöittäminen

voivat johtaa kokemukseen stressistä, kiireestä, kuormittuneisuudesta ja työsuhteen jatkumisen epävarmuudesta. Kokemus omaan työhön liittyvistä vaikutusmahdollisuuksista ei ole näissä muutoksissa lisääntynyt. Terveysalan työntekijät tuovat esiin tyytymättömyyttä esimiestyöhön ja kokevat muita ammattialoja vähemmän, että heidän työnantajansa panostaa työhyvinvointiin. (Kaartinen ym. 2011, 4 - 5, 8, 49, Laijärvi, Pääkkönen, Välimäki & Pukuri 2006, 251.)

Sairaanhoitajien työhyvinvointia kuvattaessa todetaan työhyvinvoinnin lisäämisen kannalta merkittävimmäksi laadukkaan ja eettisesti arvokkaan hoitotyön mahdollistamisen, sillä sairaanhoitajien työn mielekkyys ja työhyvinvointi kietoutuvat työn kohteeseen, erityisesti potilastyöhön. Työhyvinvointia tutkittaessa kaiken ikäiset sairaanhoitajat nostivat esiin erityisesti potilaan hyvän hoitamisen ja potilaan ensisijaistamisen. Tästä syystä työhyvinvoinnin edistäminen tulee liittää työn kehittämiseen. (Utriainen 2009, 106, 119, Utriainen ym. 2011, 33.)

Potilaan auttaminen ja kohtaaminen, sekä työn mielekkyys ovat merkittäviä kaikenikäisten hoitajien työhyvinvoinnille. Varsinkin ikääntyville sairaanhoitajille työhön asennoituminen, työn sujuvuus, siinä onnistuminen ja työhön liittyvä asema on tärkeää. Nuoremmille hoitajille merkityksellistä on myös työn organisoimiseen liittyvät asiat. Töiden uudelleen järjestely, esimerkiksi sairaanhoitajien tehtäväkuvan laajentuminen, on herättänyt monitahoista keskustelua. Johdon ja esimiesten on huomioitava terveydenhuoltoalan työntekijöiden ikääntyminen ja sukupolvien väliset erot työhön suuntautumisessa sekä sitä kautta työhyvinvoinnissa. (Utriainen 2009, 106, Utriainen ym. 2011, 33.)

Sairaanhoitajien työhyvinvointiin liittyy oleellisesti vastavuoroisuus ja arvostaminen niin potilassuhteissa kuin sosiaalisissa suhteissa hoitajien välillä. Tämä arvostava vastavuoroisuus on hoitotyön perusta, kytkeytyy ammattikunnan työn arvostukseen ja työhyvinvointiin. Hoitajat huomioivat työtovereitaan, arvostavat hoitotyön yhteisöllisyyttä ja paritöitä. Sairaanhoitajien kollegiaalisuus ja yhteisöllisyys on keskeinen osa-alue työhyvinvoinnissa, se on sosiaalista pääoma. (Utriainen 2009, 106 - 110, 117, 119, Utriainen ym. 2011, 33.) Verkostoituminen, työtovereilta saatu tuki ja toimiva työyhteisö on merkittävässä asemassa työhyvinvoinnin ylläpitämisessä ja stressin hallinnassa (Laijärvi ym. 2006, 252).

Työhyvinvointia ajatellen merkittävimmissä roolissa ovat työpaikat ja lähiesimiehet (Turja ym. 2012, 3). Työhyvinvoinnin merkityksellisyyden kannalta on oleellista pohtia, onko työelämän kulttuuria parannettava (Kaukiainen 2013, 19). Työelämän muutokset vaikuttavat osaltaan työyhteisöihin. Työilmapiirillä on vahva merkitys terveysalan työhyvinvoinnin voimavarana ja sen heikentyminen viestittää työyhteisöön liittyvistä haasteista. Huolimatta työelämän kovenemisesta ja lisääntyneestä tehokkuusajattelusta terveysalan työhyvinvointiin vaikuttavissa osa-tekijöissä on tapahtunut myös myönteistä kehitystä: työresurssin riittävyyden,

työnantajan työhyvinvointitoiminta ja perheen ja työn yhteensovittamisen onnistumisen kokemukset ovat terveysalan työntekijöiden keskuudessa viime vuosina parantuneet. (Kaartinen ym. 2011, 49, Keva 2012, 9 - 10.)

Työikäisten terveyden ja hyvinvoinnin riskitekijä on työperäinen stressi (Välimäki ym. 2013, 28). Työikäisten oloissa on polarisoitumista myös itse työn suhteen. Suomalaisista työntekijöistä osalla on liian vähän ja osalla liikaa työtä, on tyypillisiä ja epätyypillisiä työsuhteita. Työterveyshuolto- ja sairausvakuutuslaki uudistuivat kesällä 2012. Tähän liittyy varhaisen työkyvyn arvioinnin ja työssä jatkamisen selvittelyn velvoite. Uudistus kasaa suuria odotuksia työterveyshuollolle, vaikkakin arvioinnin vaikuttavuus jäänee heikoksi ilman jatkotoimia. (Kaukiainen 2013, 7, 11, 19). Työkyvyn alenemisesta puhuttaessa on muistettava, että varhainen puuttuminen tähtää työvuosien ja työhyvinvoinnin lisäämiseen (Turja, Kaleva, Kivistö, & Seitsamo 2012, 3.)

Naispalkansaajien kohtaama fyysinen väkivalta tai sen uhka on lisääntynyt kriittisesti suomalaisessa työelämässä vajaan parin viime vuosikymmenen aikana, etenkin vuosituhannen vaihteessa. Erityisesti tämä koskee terveydenhoitoalaa, jossa väkivalta on yleistynyt siten, että vuonna 2008 yli puolet terveydenhuoltoalan palkansaajista koki työssään väkivaltaa tai sen uhkaa. Heistä 11 prosenttia vähintään parikertaa kuussa ja 43 prosenttia harvemmin, kun vuonna 1990 väkivaltaa tai sen uhkaa koki parikertaa kuussa 3 ja harvemmin 34 prosenttia. Myös palvelualalla, sosiaalityössä, opetustyössä ja liikennetyössä on tapahtunut samankaltaista kasvua, toisin kuin miesvaltaisilla aloilla. Väkivalta tai sen uhka onkin liitetty asiakastyöhön ja asiakastyössä olevista palkansaajista lähes kolmannes kokee väkivaltaa tai sen uhkaa, muiden alojen palkansaajista 8 prosenttia. (Lehto & Sutela, 108 - 109.)

Työelämä on muuttunut monella tapaa, samoin työhyvinvointia uhkaavat riskitekijät. Esimerkiksi päivähoidon työsuojeluriskeihin nousee Superin (2013, 37) selvityksen mukaan aggressiiviset vanhemmat ja lapset. Edellisvuoden perus- ja lähihoitajien työhyvinvointia koskevassa selvityksessä (2012, 44) lähes puolet vastaajista oli havainnut työpaikallaan väkivaltaa tai sen uhkaa, joka oli 90 % tapauksista tapahtunut asiakkaan taholta. Fyysisen väkivallan kohtaaminen työelämässä on lisääntynyt palkansaajien keskuudessa myös Euroopan tasolla. Yleisintä se on Alankomaissa, Ranskassa ja Britanniassa, näiden jälkeen Suomessa, Irlannissa ja Belgiassa. Fyysisellä väkivallalla uhkailu on Suomessa Euroopan kärkiluokkaa yhdessä Alankomaiden kanssa, molempien palkansaajista 13 prosenttia kertoo kohdanneensa tämän kaltaista uhkailua. (Lehto & Sutela, 109.)

3.1 Työväkivalta

3.1.1 Väkivalta

Väkivaltaista käyttäytymistä kuvataan erilaisin termein. Timlin & Kyngäs (2008, 184) määrittelevät psykiatrisen potilaan uhkaavaa, väkivaltaista ja aggressiivista käyttäytymistä termeillä aggressio ja väkivalta. Väkivaltaista käyttäytymistä esiintyy eri hoitoyksiköissä ja eri-ikäisillä potilailla. Oman kokemuksen mukaan lastenpsykiatriassa on löydettävissä samankaltaista haastavaa käyttäytymistä, jota Saarnio, Mustonen & Isola (2011) kuvaavat vanhustenhuollossa. Heidän tutkimuksensa mukaan dementoituvien vanhusten hoitotyössä haastava käytös näytetään aggressiivisuutena, johon kuuluu kirkuminen, huutaminen, sanallinen ja fyysinen aggressiivisuus, vihastuminen, sylkeminen ja hoitotoimien vastustaminen. Aggressiivisuuden lisäksi haastavaksi käyttäytymiseksi on luettu muita potilaita häiritsevä levottomuus, ulosteilla sotkeminen, vaeltelu, toisten huoneissa liikkuminen, häiritsevät pöytätavat, tavaroiden rikkominen tai kuljettelu, toistuva pyytely tai kyseleminen, muiden häiritseminen ja rauhaton muus. Edellä mainittujen käyttäytymismuotojen lisäksi haastavaksi koettiin potilaan itseään vahingoittava käyttäytyminen, itsetuhoisuus, epänormaali seksuaalinen käyttäytyminen ja inkompetenttin ravinnon syöminen. Lisäksi potilaan sisäinen levottomuus: epäluuloisuus, vetäytyminen ja ohjeistuksen seuraamattomuus nimettiin haasteellisen käyttäytymisen esiintymismuodoksi. (Saarnio ym. 2011, 50.)

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee väkivallan ihmisen itseensä, toiseen ihmiseen, ihmisryhmään tai yhteisöön kohdistuvan vallan tai fyysisen voiman tahalliseksi käytöksi tai sillä uhkaamiseksi, joka johtaa tai voi todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen. WHO liittää väkivallan itse tekoon, ei sen lopputulokseen. (Rikksentorjuntaneuvosto 2014.)

Rikksentorjuntaneuvosto (2014) jaottelee väkivallan fyysiseen väkivaltaan, sen uhkaan ja kiusaamiseen ja ahdisteluun. Suomalaisessa uhritutkimuksessa väkivalta on jaettu aseella kimppuun käymiseen, lyömiseen joka jätti jäljen, lyömiseen joka ei jättänyt jälkeä, tönimiseen, liikkumisen estämiseen, uhkailuun ja muuhun väkivaltaan. Tutkimuksissa ei ole viitettä siitä, että fyysinen väkivalta olisi lisääntynyt Suomessa aiempiin vuosikymmeniin verrattaessa. Tätä vastoin uhkaava käytös tai väkivallalla uhkaaminen ilman fyysistä päälle käymistä on lisääntynyt, erityisesti naisten keskuudessa. (Siren ym. 2010, 3 - 4, 9.)

Kiusaaminen on väkivaltaista, haastavaa käyttäytymistä, jota esiintyy eri ikäryhmissä. Kiusaaminen voi olla joko henkistä tai fyysistä väkivaltaa, usein molempia. Sekä kiusaaminen että

kiusatuksi tuleminen indikoivat rikollista käyttäytymistä ja esimerkiksi USA:ssa tutkituista 37 koulusurmasta 71 % tekijät olivat koulukiusattuja. Jokelan koulusurmien jälkeen Suomessa painotettiin kiusaamisen ehkäisyn merkitystä jo varhaiskasvatuksen piirissä. (Jokelan koulusurmat 2009, 91,122.)

Väkivallan määrittelyssä lähdetään usein ajatuksesta, että väkivaltainen ihminen tieteen tahdon vahingoittaa toista ihmistä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaiden väkivaltaiset teot eivät useinkaan ole harkittuja. Sekava, kivulias ihminen voi käyttäytyä tahattomasti aggressiivisesti, eivätkä esim. lapset tai kehitysvammaiset ole oman kehityskulkunsa vuoksi aina kykeneviä säätelemään käytöstään sietämättömien tunteiden edessä. (STM 2014, 6.)

3.1.2 Työväkivalta ja työpaikkaväkivalta

Työntekijä voi kohdata väkivaltaa työssään joko työnantajan, kollegan tai sivullisen, kuten potilaan, asiakkaan tai omaisen taholta. Tätä työpaikkaväkivallan muotoa voidaan kutsua myös asiakasväkivallaksi. Työpaikkaväkivalta on työturvallisuuslainsäädännöstä katsoen aina asiakasväkivaltaa, kollegoiden aiheuttama väkivaltaisuus ei kuulu työturvallisuuslain 27 §:n piiriin. Asiakasväkivaltaa voi esiintyä systemaattisesti tai kertaluonteisena ja se vaikuttaa vaaraan tai väkivallan kohteeksi joutuneeseen työntekijään sekä muihin, jotka saavat asian tietoonsa. Tämä tulee ottaa huomioon väkivaltatilanteiden jälkiselvittelyissä. Työpaikkaväkivalta, kuten väkivalta yleensä, voi esiintyä eri muodoissa, fyysisenä, henkisenä ja/tai seksuaalisena väkivaltana. Muodosta riippumatta kaikelle väkivallalle on yhteistä se, että se luo pelkoa ja turvattomuutta. (STM 2014, 6 - 7.)

Työmarkkinajärjestöt ovat tehneet EU tasolla kaksikantasopimuksen, jossa väkivalta on määritelty joko yhden tai useamman ihmisen käytökseksi, joka voi ilmetä eri muodoissa, mutta jota ei voida hyväksyä. Sopimuksen mukaan väkivalta kohdistuu työolosuhteissa yhteen tai useampaan työntekijään. Euroopan komissio on määritellyt työväkivallan ja työpaikkaväkivallan eroavan toisistaan. Työväkivaltaan kuuluu työpaikoilla tai ansiotyössä esiintyvän väkivaltaisuuden lisäksi työmatkoilla tapahtunut väkivalta. EU komission mukaan ”työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan tapahtumia, joissa henkilöitä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään heidän työhönsä liittyvissä oloissa ja jotka suoraan tai epäsuorasti vaarantavat heidän turvallisuutensa, hyvinvointinsa tai terveytensä.” (Rikksentorjuntaneuvosto 2014, STM 2014, 6 - 7.)

Yhä useampi sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöistä tekee jossakin määrin jalkautuvaa työtä. Työväkivallan tai työpaikkaväkivallan määritelmä ei ole sidoksissa työnantajan toimipisteeseen, vaan kattaa myös muut ympäristöt, joissa työtä tehdään. Työväkivallaksi katsotaan myös muutoin kuin työajalla tapahtunut väkivaltaisuus, jos väkivalta eittämättä liittyy työntekijän työ- tai virka-asemaan. Näin ollen esimerkiksi puhelinhäirintä tai virtuaalinen uhkaava tai herjaava käytös, kuten virtuaalikiusaaminen, kohdistuessaan ammattihenkilöön katsotaan työväkivallan piiriin kuuluvaksi. (STM 2014, 6 - 7.) Tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan työssä kohdatulla väkivaltaisuudella asiakasväkivaltaa ja sitä käsitellään nimikkeellä työväkivalta kattaen sisälleen työpaikkaväkivallan määritelmän.

Naisten kohtaamasta väkivallasta valtaosa on työväkivaltaa ja se on yleistynyt 2000 luvulla. Tästä väkivallasta valtaosa tapahtuu potilaiden tai asiakkaiden taholta. Miesten kohtaama työväkivalta on lukumääräisesti pienentynyt edellisiin vuosikymmeniin verrattuna, mutta myös suurin osa miesten kohtaamasta työväkivallasta aiheutuu väkivaltaisesta asiakkaasta tai potilaasta. Suomessa väkivallan kohteena on yleisimmin vapaa-ajalla nuori mies ja väkivallan uhka laskee iän myötä. Naisten kohtaama väkivalta ei liity niinkään ikään, vaan on useimmin perhe- tai työväkivaltaa. Työväkivallan pelko on 2000 luvulla noussut samassa suhteessa kuin koettu työväkivalta. (Siren ym. 2010, 14 - 15, 20, 28 - 29.)

Riskiammateiksi kutsutaan niitä ammatteja, joissa on työntekijöiden määrään nähden suurin todennäköisyys kohdata työväkivaltaa. Riskiammatteihin työväkivallan osalta kuuluvat erityisesti terveyden- ja sairaanhoitotyö, sosiaalialan hoitotyö sekä vartiointi- ja suojelutyö. Vartiointi- ja suojelutyötä lukuun ottamatta näissä ammateissa työväkivalta suuntautuu yleensä naisiin, poikkeuksena sosiaaliala. Ajateltaessa väkivaltaisesti käyttäytyvän asiakkaan tai potilaan, työntekijöiden ja muiden potilaiden turvallisuutta on olennaista tilanteisiin varautuminen, työntekijöiden velvollisuuksien ja toimintamahdollisuuksien selkeä määrittely. (Piispa & Hulkko, 2010, 9, ETENE 2012, 29.)

3.2 Toimintaa ohjaavat lait ja asetukset

Sairaanhoidossa, psykiatrisessa hoidossa ja mielenterveystyössä työtä ohjaavat terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja mielenterveyslaki (1116/1990), joista jälkimmäisessä on viittauksia työntekijöiden toimintaoikeuksiin potilaan käyttäytyessä väkivaltaisesti. Lasten kanssa työskennellessä toimintaa ohjaa yleissopimus lapsen oikeuksista (60/1991). Lastensuojelun työntekijöitä ohjaa lastensuojelulaki (417/2007), jonka 11 luvussa ”Rajoitukset sijaishuollossa” viitataan toimintatapoihin väkivaltaisissa ja haastavissa tilanteissa. Sen sijaan laki lasten päivähoidosta (36/1973) ei sisällä vastaavia lapsen rauhoittamiseen tähtääviä toimintatapaohjeistuksia. Eduskunnan oikeusasiamies (2008) on tehnyt ratkaisun lapsen kiinnipitämistä päivähoidossa koskevaan kanteluun. Joissakin kunnissa on annettu eduskunnan oikeusasiamiehen päätösratkaisun mukaisesti ohjeet lapsen fyysiselle rajoittamiselle päivähoidossa (Porvoo 2013). Sosiaalihuollossa toimintaa ohjaa laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Vammaisten hoidosta ja kohtelusta on annettu ihmisoikeussopimusta täydentävä YK:n vammaisten oikeuksia koskeva yleissopimus, vammaissopimus (STM 2007).

3.2.1 Asiakkaan ja potilaan oikeudet ja velvollisuudet

Suomen perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, turvallisuuteen ja koskemattomuuteen. Ketään ei saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti, eikä kiduttaa. Laissa korostetaan jokaisen oikeutta henkilökohtaista koskemattomuutta, johon ei ole lupa puuttua, eikä kenenkään vapautta saa riistää ilman tuomioistuimen määräystä. (Suomen perustuslaki 7 §.)

Asiakkaan ja potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin kanssaihmiä kohtaan kuuluu perustuslain kunnioittaminen. Asiakkaan ja potilaan tulee kunnioittaa myös muuta lainsäädäntöä. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (12 §) velvoittaa asiakasta tai hänen laillista edustajaansa antamaan riittävät tiedot asioiden oikeudenmukaiseen hoitamiseen.

Laissa säädetään jokaisen oikeudesta julkisen vallan turvaamiin riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin, sekä terveydenedistämiseen. Jokaisella on oikeus sosiaaliturvaan, huolenpitoon ja perustoimeentulon ja ihmisarvoisen elämän vaatimaan turvaan. Perustuslaki pyrkii takaamaan jokaiselle lapselle mahdollisuuksia hyvinvointiin ja yksilölliseen kasvuun. (Suomen perustuslaki 19 §.)

Asiakkailla ja potilailla on oikeus kunnalliseen sosiaalihuoltoon. Sosiaalihuoltolain uudistuksessa pyritään kokonaisvaltaisen hyvinvointipolittikan toimeenpanoon eri hallinnonalojen joustavalla yhteistoiminnalla ja -vastuulla. Uudistuksessa kiinnitetään huomiota lasten huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksiin turvata lapsen kehitystä ja hyvinvointia siten, että lapsella

on edellytykset kasvaa yhteiskunnan täysivaltaiseksi jäseneksi. Lakiuudistuksen tavoitteena on edistää asiakaslähtöisyyttä, kokonaisvaltaisuutta ja palvelujen saatavuutta ihmisten luontaisessa ympäristössä. (STM 2012, 88 - 91.)

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) säädetään potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaalla on oikeus ilmaista tahtonsa hoitoaan kohtaan tulevaisuudessa ja tämä on kirjattava potilaspapereihin hoitotahtona, josta on annettu erilliset ohjeet (Valvira). Potilaalla on oikeus saada hoidossaan yksityisyyttään, vakaumustaan ja ihmisarvoaan kunnioittavaa kohtelua. Laissa säädetään myös potilaan itsemääräämisoikeudesta siten, että täysi-ikäistä potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, silloin kun hän on kykenevä päättämään hoidostaan. Mikäli näin esimerkiksi mielenterveyden häiriöstä johtuen ei ole, on lähiomaisen tai muun tahon kautta pyrittävä selvittämään potilaan hoitotahto tai potilasta on hoidettava tavalla, jota pidetään hänen etunsa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 3 §, 6 §.)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) kiinnittää huomiota samankaltaisiin asioihin sosiaalihuollon palveluissa. Asiakkaalla on oikeus laadukkaaseen, luottamukselliseen, itsemääräämisoikeutta, ihmisarvoa ja yksityisyyttä kunnioittavaan sekä asiakaslähtöiseen palveluun ja kohteluun, ilman syrjintää. Itsemääräämisoikeus on voimassa sikäli kun asiakas on kykenevä päättämään asioistaan. Tällöin asiakasta on palveltava kulttuuritaustaa ja äidinkieltä, mielipidettä, toiveita, etua ja tarpeita huomioiden. Asiakkaalla on oikeus tietää velvollisuuksistaan, oikeuksistaan ja eri toimenpidevaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksesta. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 1 §, 4 §, 5 §, 8 §, 9 §.)

Alaikäisen sosiaalihuollon tai lastensuojelun asiakkaan tai potilaan mielipide ja toivomukset on selvitettävä ja huomioitava mikäli se on lapsen kehitystason ja iän huomioiden mahdollista. Hoitotoimenpiteet tulee tehdä mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä alle täysi-ikäisen potilaan tai hänen huoltajansa tai laillisen edustajansa kanssa. (Lastensuojelulaki 20 §, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 10 §, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 7 §.) Hallintolain 34 § mukaan kaksitoistavuotta täyttänyttä lasta tulee kuulla itseään koskevissa lastensuojeluasioissa, mikäli kuulemisesta ei aiheudu haittaa lapsen kehitykselle ja terveydelle tai kuuleminen ole kiistattomasti tarpeetonta. Lastensuojelulaki velvoittaa hienovaraisuuteen mielipiteen selvittämisessä ja tiedon antamisessa ja sen on tapahduttava ilman, että tästä koituu tarpeetonta haittaa lapsen ja hänen läheistensä suhteille. (Lastensuojelulaki 20 §.)

Asiakkaan ja potilaan tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta on säädetty mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa (41/86), hallintolaissa (1361/2003), tartuntatautilaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/77). Asiakkaalla ja potilaalla on oikeus

tehdä muistutus terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle tai sosiaalihuollon toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle, mikäli hän on palveluunsa tai terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymätön. Tarvittaessa asiakas tai potilas voi olla yhteydessä sosiaaliasiamieheen tai potilasasiamieheen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 10 §, 11 §, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 23 §, 24 §.)

3.2.2 Työntekijän oikeudet ja velvollisuudet

”Hoitajat kiiruhtivat paikalle joka suunnalta. He kahlitsivat Odinin, pitivät hänestä kiinni (heillä on lupa pitää kiinni, potilaat tarvitsivat rajoja, käsivarsia, jotka pitelivät lujasti ja lämpimästi, turvallisuutta, joka tuli siitä, etteivät he voineet lyödä, paeta, kohota irti lattiasta, vajota).”

Karin Fossum (2005, 11)

Työntekijä on velvollinen vaitioloon ja salassa pitoon asiakkaan ja potilaan asioissa. Velvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen lakkaamisen jälkeenkin. Sosiaalihuollon viranomaisten oikeudesta virka-apuun ja salassa pidettäviin tietoihin säädetään laissa erikseen. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 14§ - 22§, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 16 §, 17 §.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetyn lain tarkoituksena on potilasturvallisuuden ja palvelun laadun edistäminen siten, että ammattihenkilöiden pätevyys, koulutus ja valmiudet varmistetaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä valvotaan. Lain tavoitteena on helpottaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja käyttöä. Laissa säädetään oikeudesta terveydenhuollon ammatteihin, täydennyskoulutusvelvollisuudesta, vakuuttamisvelvollisuudesta, ilmoitusvelvollisuudesta ja nimetään ammattieettiset velvollisuudet. Laissa on säädetty myös sosiaalihuollon työntekijöiden velvollisuuksista. Sekä sosiaali- että terveydenhuollossa on laadittava hoito tai palvelusuunnitelma, josta on säädetty laissa erikseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 1 §, 7 §, 15 §, 18 §, 20 §, 21 §, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 7 §.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön ohella Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle ja aluehallintavirastolle, joiden antamia määräyksiä terveydenhuollon henkilöstö on ammatinharjoittamisessa noudatettava ja joille on luovutettava lain edellyttämät tiedot. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 19 §, 24 §.)

Työturvallisuuslain (738/2002) 4. luvussa käsitellään työntekijän velvollisuuksia sekä oikeutta pidättäytyä työstä. Työntekijän velvollisuuksiin työturvallisuuden näkökulmasta kuuluu vaarojen ja riskien arviointi, niiden tunnistaminen ja raportointi. Työntekijöiden tulee noudattaa annettuja turvallisuusohjeita ja osallistua koulutuksiin sekä myötävaikuttaa omilla valinnoillaan ja käyttäytymisellä niin oman kuin muidenkin työturvallisuuden edistämiseen. Oman yksikön ja vallitsevien työtapojen kriittinen tarkastelu ja kehittäminen kuuluvat työntekijöiden työturvallisuustyöhön. Laki velvoittaa työntekijää vaalimaan niin omaan kuin muidenkin terveyllisyyteen ja turvallisuuteen liittyvää varovaisuutta, siisteyttä, järjestystä ja huolellisuutta sekä välttämään muiden työntekijöiden terveydelle ja turvallisuudelle aiheutuvaa haittaa, joka aiheutuu epäasiallisesta kohtelusta tai häirinnästä. (STM 2011, 14, Työsuojelulaki 738/2002, 18 § - 22 §.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (2012, 5 - 6) on antanut eettiset suositukset sosiaali- ja terveysalalle. Näissä suosituksissa todetaan, että kaikkia ihmisiä tulee sosiaali- ja terveydenhuollossa kohdella yhdenvertaisina, perusoikeuksia ja ihmisarvoa kunnioittaen siten, että päämääränä on asiakkaan ja potilaan etu ja hyvän tekeminen. Hyvän ja kestävä hoitosuhteen lähtökohtana ovat molemminpuolinen luottamus ja arvonto. Sosiaali- ja terveydenhuolto on vuorovaikutusta, jonka tulee olla sekä potilaita ja asiakkaita kohtaan että ammattilaisten kesken inhimillistä ja arvostavaa. Tämän edellytyksenä on sitoutuminen toimintaan ja tavoitteisiin, kuulluksi tulo ja tiedonsaanti, rehellisyys, luottamus ja arvostaminen. Työntekijöiden on huomioitava, että vuorovaikutuksen kautta sosiaali- ja terveystalvveluita tarvitseva ihminen saa käyttönsä omia valmiuksiaan ja voimavarojaan tilanteensa käsittämiseksi ja korjaamiseksi. Tästä syystä potilaan kokemuksiä on kuultava ja hoidon tueksi on tarkoituksenmukaista laatia yhteistyössä potilaan tai asiakkaan kanssa hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelma. (ETENE 2012, 5 - 6, 24 - 28)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet velvoittavat sairaanhoitajaa toimimaan ETENE:n ohjeistuksen kaltaisesti, joiden lisäksi ohjeissa korostuu sairaanhoitajan tehtäväkuvassa kärsimysten lievittäminen, vastuu omasta ammattitaidosta, kollegiaalisuus ja valvontavastuu siitä, ettei potilasta kohtaan toimita epäeettisesti (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet).

Työterveyslaissa määritellään työntekijän oikeutta pidättäytyä työn tekemisestä silloin, kun työntekijän terveydelle tai hengelle, tai muille työntekijöille koituu vakavaa vaaraa. Laki velvoittaa työntekijää ilmoittamaan pidättäytymisestä työnantajalle tai tämän edustajalle mahdollisimman nopeasti, eikä pidättäytyminen saa rajoittaa työn tekemistä enempää, kuin terveyden ja turvallisuuden perusteella on välttämätöntä. Tällöin on pidettävä huolta siitä, että työstä pidättäytymisestä koituu mahdollisimman vähän vaaraa. Vakavaa vaaraa sisältävissä tilanteissa työntekijä ei ole korvausvelvollinen työstä pidättäytymisestä aiheutuvista vahingoista. (Työterveyslaki 738/2002, 23 §.)

Mielenterveyslaki (1116/1990) velvoittaa kunnioittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja perusoikeuksia. Laissa määrätään hoitamaan potilasta yhteisymmärryksessä ensisijaisesti hänen tai tarvittaessa lähiomaisen tai muun tahon kanssa. Mielenterveyslaissa (116/1990), tartuntatautilaissa, hallintolaissa (1361/2003), päihdehuoltolaissa (41/86) ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/77) on säädetty potilaan tahdosta riippumattomasta hoidosta.

Mielenterveyslaki (1116/1990) oikeuttaa psyykkisen sairauden hoitoon riippumatta potilaan tahdosta silloin, kun hänen todetaan olevan mielisairas ja hoitoon toimittamisen tai hoitotoimenpiteiden tekemättä jättäminen vaarantaa vakavasti potilaan tai muiden turvallisuutta ja terveyttä, eivätkä muut mielenterveyspalvelut ole riittäviä tai sovellu käyttäväksi. Psyykkisen sairauden hoidosta laaditaan hoitosuunnitelma. Alaikäisiä tulee hoitaa pääsääntöisesti erillään aikuisista, jollei toisenlainen menettely ole hänen etunsa mukaista ja hoito tulee järjestää yksiköissä, joissa on alaikäisten hoitoon tarvittavat valmiudet. Alaikäisen tahdosta riippumattoman hoitoon määrääminen on mahdollista myös silloin, kun muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käyttöön ja alaikäisen mielenhäiriö vaatii hoitoa siten, että hoidon estyminen vaarantaisi hänen tai muiden turvallisuutta ja terveyttä. Hoitava lääkäri päättää välttämättömistä potilaan tahdosta riippumattomista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä, sekä hoidon kannalta välttämättömistä lyhytaikaisista rajoitustoimenpiteistä, kuten kiinnipitämisestä tai sitomisesta. (Mielenterveyslaki 8 §, 22 b §.)

Hoitava lääkäri päättää myös potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta hoitoyksikössä. Mielenterveyslaki oikeuttaa kieltämään tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaa potilasta poistumasta sairaalan tai tietyn hoitoyksikön tiloista ja hänet voidaan noutaa sairaalaan luvattoman poistumisen tai luvalliselta poistumiselta palaamatta jäämisen jälkeen. Hoitohenkilökunnalla on tällöin oikeus käyttää puolustettavina pidettäviä tarpeellisia voimakeinoja potilaan siirtämiseksi tai hänen poistumisensa estämiseksi. Potilaan poistumisesta aiheutuva vaara hänen tai muiden turvallisuudelle tai terveydelle, potilaan sairaalassaolon syy, käytettävät voimavarat ja muut kokonaisuuteen vaikuttavat näkökohdat tulee huomioida arvioitaessa voimakeinojen puolustettavuutta. Rikoslaissa on säädetty voimakeinojen käytön liiallisuudesta. (Mielenterveyslaki 22 d §.)

Hoitosuunnitelmaan kirjataan yhteisesti sovituista käytänteistä. Tahdon vastaisen hoidon aikana hoitohenkilökuntaan kuuluvalla on oikeus erityisiin rajoituksiin vastoin potilaan tahtoa, jos potilas suurella todennäköisyydellä vahingoittaisi itseään tai muita uhkauksensa tai käytöksensä perusteella. Hoitohenkilökuntaa voi turvautua erityisiin rajoituksiin myös, jos potilas vahingoittaa tai vakavasti vaarantaa omaa tai muiden turvallisuutta tai omaisuutta. Rajoituk-

set ovat oikeutettuja muun ohella, jos potilas vaikeuttaa käytöksellään vakavasti muiden potilaiden hoitoa tai rajoittaminen on muusta painavasta hoidollisesta syystä välttämättömiä. Erityisiin rajoituksiin kuuluu potilaan kiinnipitäminen, sidottuna pitäminen tai eristäminen. Niistä tulee ilmoittaa välittömästi potilasta hoitavalle lääkärille. Eristämisestä, sen kestosta, täytöntöönpanosta ja valvonnasta säädetään laissa erikseen. Samoin potilaan omaisuuden haltuunotosta, potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastamisesta, henkilöntarkastuksesta ja -katsastuksesta ja yhteydenpidon rajoittamisesta. Hoitohenkilökuntaan kuuluvalla on oikeus pitää potilasta kiinni myös muissa kuin erityiseen rajoittamiseen oikeuttavissa tilanteissa silloin, kun se on hoidollisesti välttämätöntä. (Mielenterveyslaki 22 e §, 22 g §, 22 h §, 22 i §, 22 j §.)

Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoitusten toteutuksesta tulee olla kirjalliset ja tarpeeksi yksityiskohtaiset ohjeet. Rajoitusten käytöstä on pidettävä luetteloa valvonnan ja seurannan turvaamiseksi. Luetteloon merkittyjen tietojen sisällöstä säädetään täsmällisemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Laissa on säädetty myös poliisin toimintavelvollisuudesta ja virka-avusta. (Mielenterveyslaki 22 k §, 30 § - 31 §.)

Lastensuojelulaki (417/2007) painottaa ensisijaisesti vanhempien vastuuta lasten hyvinvoinnista. Lastensuojelu on lain mukaan lapsi- ja perhekohtaista, painotuksen ollessa ennaltaehkäisevässä työssä. Lastensuojelulain 10 luvussa käsitellään sijaishuoltoa ja siinä säädetään mm. lastensuojelulaitoksen henkilökunnan riittävydestä ja kelpoisuudesta. Lastensuojelulain 11 luvussa säädetään rajoituksista sijaishuollossa. Laissa on säädetty erikseen yhteydenpidon rajoittamista koskeva päätöksestä, aineiden ja esineiden haltuunotosta, henkilöntarkastuksesta ja henkilönkatsastuksesta, omaisuuden ja lähetysten tarkastamisesta sekä lähetysten luovuttamatta jättämisestä.

Lastensuojelulaissa oikeutetaan lastensuojelulaitoksessa asuvan lapsen kiinnipitäminen ja tarvittaessa siirtäminen laitoksen johtajan tai hoito- ja kasvatushenkilökuntaan kuuluvan taholta silloin, jos lapsi todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita uhkaavan tai sekavan käytöksensä perusteella. Lastensuojelulaitoksessa kiinnipitäminen on oikeutettua myös lapsen tai muun henkilön turvallisuuden, terveyden tai hengen välittömän vaarantumisen takia. Lasta saa kiinnipitää myös silloin, kun se estää omaisuuden huomattavan vahingoittamisen. (Lastensuojelulaki 68 §.)

Lastensuojelulaitoksessa tapahtuvan kiinnipitämisen on oltava puolustettavaa ja luonteeltaan huollollista ja hoidollista. Lasta saa kiinnipitää vain välttämättömän ajan ja siitä on annettava kirjallinen selvitys. Kirjaamisesta on säädetty erikseen. Laissa säädetään myös liikkumisvapauden rajoittamisesta, eristämisestä, erityisestä huolenpidosta, jälkihuollosta ja sijaishuollon valvonnasta. (Lastensuojelulaki 68 § - 81 §.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä, kuten muillakin kansalaisilla, on oikeus puolustaa itseään ja omaisuuttaan sekä muita ja muiden omaisuutta. Puolustautumiseen liittyvästä oikeutuksesta ja vastuuvapausperusteista on säädetty rikoslain 4 luvussa, kohdissa hätävarjelu ja pakkotila. Rikoslaisissa on säädetty myös hätävarjeluun liioittelusta. (Rikoslaki 4 §, 5 §.)

Tässä työssä käsitellään asiakkaiden tai potilaiden väkivaltaisuuden vaikutuksia työntekijöiden työhyvinvointiin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät tai opettajat eivät ole väkivallan suhteen vain uhrin asemassa, vaan työhön sisältyy asiakkaisiin, potilaisiin tai oppilaisiin liittyvää vallankäyttöä. Hoitajien tai ammattihenkilöiden väkivaltaisuutta on tutkittu vain vähän. Poliisi-ammattikorkeakoulun tutkimusraportissa kuvataan lasten ja nuorten väkivaltakokemuksia ja käytettyjä ongelmanratkaisukeinoja verraten kyselyyn vastanneiden lastensuojelun asumispalveluiden piirissä olevien lasten ja nuorten kokemuksia muiden vastauksiin. Raportissa todetaan, että lastensuojelulaitoksessa asuvat tai asuneet lapset ja nuoret toivat esiin kokemustaan tulla aikuisen arvostelemaksi 44 %, sijaisperheissä asuvat 28 % ja muut 22 %. Opettajan tekemästä henkisestä väkivallasta informoi 9 % kaikista 6. luokan oppilaista ja 15 % kaikista 9. luokan oppilaista. Aikuisten tukistamisesta lastensuojelulaitoksessa kertoi 4 % vastaajista, sijaisperheissä 13 % ja muista 17 %. 4 % sekä lastensuojelulaitoksessa että sijaisperheissä asuvista ilmoitti kokeneensa lyömistä tai läimäisyjä, muista 6 %. Lastensuojelulaitoksessa 8 % vastaajista tönitettiin tai ravisteltiin ankarasti, sijaisperheissä asuvista ja muista 4 %. Opettajan fyysisestä väkivallasta kertoi 3 % kaikista 6. luokan oppilaista ja 2 % kaikista 9. luokan oppilaista. Lastensuojelun piirissä olevien ja muiden vastauksia vertailtaessa asumismuodon mukaan ongelmanratkaisukeinojen osalta merkittävimmäksi eroiksi nousi ongelmista puhuminen: 67 % sekä muista että lastensuojelulaitoksissa asuvista ilmoitti ongelmista puhumisen ratkaisukeinoksi, sijaisperheissä asuvista vain 42 %. (Ellonen 2008, 115 - 118, 206.)

3.2.3 Esimiehen oikeudet ja velvollisuudet

Työnantajan velvollisuuksia ja työntekijän turvallisuutta koskevia säädöksiä käsitellään erityisesti työterveyshuoltolaissa (1383/2001) ja työturvallisuuslaissa (738/2002). Työterveyshuoltolaki painottaa työntekijöiden, työnantajien ja työterveyshuollon yhteistyötä tavoitteena terveyden ja työkyvyn edistäminen sekä työn ja työolosuhteiden aiheuttamien terveyshaittojen ehkäisy (Työterveyshuoltolaki 1383/2001, STM 2004). Työturvallisuuslain 8 § käsittelee työnantajan yleistä huolehtimisvelvoitetta. Työnantaja on velvollinen vaalimaan työntekijöiden terveyttä ja turvallisuutta työssä huomioiden itse työ, työympäristö ja -olosuhteet, kuten myös työntekijän henkilökohtaiset edellytykset työn hoitamiseen. Työturvallisuuslain 10 § määrätään työn vaarojen selvittämisestä ja arvioinnista, joka velvoittaa työnantajaa tunnistamaan ja kartoittamaan vaara- ja haittatekijöitä, jotka johtuvat työstä, työympäristöstä, -tilasta, -olosuhteista tai työajoista. Laki velvoittaa työnantajaa poistamaan vaaran tai haitan, tai mikäli se ei ole mahdollista, arvioimaan niiden vaikutusta työntekijälle. Työturvallisuuslain 11 § käsitellään erityistä vaaraa aiheuttavaa työtä, työn ja työympäristön suunnittelua 12 § - 13 § ja 14 § työntekijälle annettavaa opetusta ja ohjausta. Työturvallisuuslain 29 § mainitaan yksintyöskentely ja velvoitetaan työnantajaa huolehtimaan, että yksin työskenneltäessä vaara tai haitta joko vältetään tai se on mahdollisimman vähäinen ja mahdollistamaan avun hälyttämisen. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Erityisesti väkivaltaisen asiakkaan tai potilaan kohtaamiseen liittyvää lainsäädäntöä käsitellään työturvallisuuslain 27 §, väkivallan uhka. Laissa velvoitetaan ensisijaisesti ennaltaehkäisemään uhka- ja väkivaltatilanteita siten, että työpaikalla on väkivallan rajoittamiseen ja torjumiseen vaadittavat turvallisuuslaitteet ja -järjestelyt, sekä avun hälyttämisen mahdollisuus. Työnantajan velvollisuuteen kuuluu menettelytapaohjeiden laatiminen. Ohjeiden tarkoituksena on ennalta huomioida vaara- ja uhkatilanteiden hallintaa ja toimintatavat, joiden avulla kyetään rajoittamaan tai torjumaan väkivaltatilanteiden vaikutukset työntekijän turvallisuudelle. Turvallisuuslaitteita ja -järjestelyitä on tarvittaessa tarkistettava. Työturvallisuuslain 28 § käsittelee työntekijään kohdistuvaa häirintää tai epäasiallista kohtelua, josta voi olla haittaa työntekijän terveydelle. Työnantajan velvollisuus on ryhtyä toimenpiteisiin epäkohdan korjaamiseksi, kun on saanut asiasta tiedon. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Esimiestyön ohella työturvallisuuslaki velvoittaa myös työntekijää. Työnantajan ja esimiehen oikeutena on antaa työturvallisuuteen liittyviä ohjeita ja säädöksiä sekä odottaa, että näitä noudatetaan. Esimiehen on voitava luottaa hyvinkin itsenäistä työtä tekevien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden omaan vastuuseen työturvallisuuden arvioinnista, omien työtapojen kriittisestä tarkastelusta ja työturvallisuusmääräysten noudattamisesta. (STM 2011, 14, Työsuojauslaki 738/2002, 18 § - 22 §.)

Esimiestyöhön liittyvä johtamisen etiikka pitää sisällään julkisessa terveydenhuollossa julkisen alan vaatimukset, mm. lainsäädännön, hallinnolliset ja virkamieseettiset arvot ja niiden kunnioittamisen. Terveystyö on asiantuntijayhteisö, jossa eettisesti hyvä johtaja huomioi ja ymmärtää toimintaympäristön erityislaadun sekä sen haasteet. Johtajan on tärkeä tuntea oman organisaation johtamiskulttuuri ja alaisten suhtautumistavat. Vaikka esimies on organisaationsa edustaja, on suhde alaisiin ja alaisten arvostus esimiestyölle tärkeää. Lisäksi esimiestyöhön kuuluu olennaisena asiakkaiden, potilaiden ja heidän omaistensa huomioiminen, arvostava ja inhimillinen kohtaaminen. Johtajalla on suuri merkitys työyhteisöjen eettiselle toiminnalle. Eettisesti hyvin toimiva yhteisö luo työhyvinvointia työntekijöille ja sitä kautta asiakkaille. Arvostusta osakseen saava, sitoutunut työntekijä sietää arjen haasteet ja omaa enemmän voimavaroja tukea työtovereitaan. (Ikola - Norrbacka 2010 182 - 187.)

Riskienhallinta kuuluu olennaisena osana organisaation strategiseen johtamiseen ja johdon vastuuseen turvallisuusjohtamisen ohella. Johtamisella ja lähiesimiestyöllä on tärkeä merkitys työturvallisuuden suunnittelussa, kehittämisessä ja varmistamisessa sekä valvonnasta. Johdon rooli korostuu viestimisessä ja turvallisuuspoliittisissa linjauksissa ja tavoitteenasettelussa. Lähiesimiestyön osa-alueena on osaamisen varmistaminen, työntekijöiden motivointi ja koulutus työturvallisuuskäytännöistä. Esimiestyön ohjeet ja johdon esimerkki luovat perustaa organisaation turvallisuuskulttuurille. Esimies hallinnoi resursseja ja pystyy sovittamaan yhteen eri ammattiryhmien osaamista myös työturvallisuuden osalta siten, että asiakkaiden ja potilaiden palvelu on mahdollista toteuttaa laadukkaasti, turvallisesti ja häiriöttä. (STM 2011, 8 - 14.)

4 KIRJALLISUUSKATSAUS OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄNÄ

Itsenäisenä tieteellisenä tutkimuksena toimivaa kirjallisuuskatsausta kutsutaan järjestelmälliseksi kirjallisuuskatsaukseksi, joka menetelmänä täyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerit. Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen avulla yksittäiset tutkijat voivat puolustaa tutkimuksensa oikeutusta, syventää tietämystään jo tutkitusta asiasta, rajata tutkimustaan ja tukeutua siihen argumenteissaan osoittaen monitahoista tietämystä tutkimusaiheesta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 44, Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121, Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.) Hoitotieteessä järjestelmällisien kirjallisuuskatsauksien tarve on tunnustettu. Niiden määrä on lisääntynyt, mutta kirjallisuuskatsausten metodologisessa laadussa on todettu puutteita, eikä yhtenäistä kansainvälistä laadun arviointi kriteeristöä ole vielä luotu. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus on vaativa tutkimusmenetelmä, jonka tavoitteena on toteuttaa ja raportoida tutkimusprosessi mahdollisimman läpinäkyvästi ja toistettavasti. (Pölkki, Kanste, Elo, Kääriäinen & Kyngäs 2012, 336, 338, 343, 346, Halme, Perälä & Laaksonen 2010, 44, 97.)

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on luoda katsaus siihen, miten tutkimuskohde linkittyy aiempiin tutkimuksiin, miten ja mistä näkökulmista tutkimuskohdetta on lähestytty aiemmissa tutkimuksissa. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan luotettavasti tiivistää ja jäsentää tutkimuksen kohteesta jo olemassa olevaa tutkimustietoa. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on yhdistää aiemmissa tutkimuksissa tutkittua tietoa, samalla arvioiden kriittisesti ja järjestelmällisesti mm. tutkimustulosten johdonmukaisuutta ja aiemmissa tutkimuksissa esiintyviä puutteita. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 44, Salminen 2011, 9 Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121.) Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan esimerkiksi testata hypoteeseja tai tarkentaa ja arvioida tutkimustarvetta ehkäisten turhia tutkimuksia tai paljastaen uusia tiedontarpeita. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 44, Salminen 2011, 9.) Järjestelmällisillä kirjallisuuskatsauksilla on tärkeä rooli näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Niiden avulla tavoitellaan mahdollisimman luotettavaa ja kattavaa tietoa hoitomenetelmien ja toimenpiteiden haitoista ja vaikuttavuudesta sekä arviota tutkimustiedon sovellettavuudesta käytäntöön. (Joanna Briggs Institute 2014.)

Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus perustuu tiedonhakuun, joka on täsmällisesti määritelty ja rajattu, järjestelmällinen tiedonhaun prosessi, joka on voitava toistaa uudelleen (Tähtinen 2007, 10). Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessi sisältää tutkimussuunnitelman, tutkimuskysymysten määrittämisen, alkuperäistutkimusten haun, valinnan, kriittisen laadun arvioinnin ja analysoinnin sekä tulosten esittämisen. Prosessi etenee vaiheittain ja tarkentuen, pyrkien tavoittamaan kattavasti tutkimusaiheeseen liittyvät relevantit tutkimukset ja artikkelit. Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen synteessissä tarkastellaan tutkimuskohteenä olevaa rajattua ilmiötä retrospektiivisesti, mahdollisimman harhattomasti ja kattavasti, tunnustetaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa sekä arvioidaan sen laatua. (Kääriäinen &

Lahtinen 2006, 37, Joanna Briggs Institute 2014, Hovi ym. 37 - 38, Khan, Kunz, Kleijnen & Antes 2003.)

Opinnäytetyön analysointimenetelmäksi valikoitui sisällönanalyysi. Päätös aineiston analyysimetodin valinnasta määräytyy paitsi laadittujen tutkimuskysymysten ja alkuperäistutkimusten luonteen myös niiden lukumäärän, laadun ja heterogeenisyyden mukaan (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43). Sisällönanalyysi on laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen tavallisimmin ja yleisimmin käytetty aineistolähteinen analysointimenetelmä, kun pyrkimyksenä on tunnistaa ja kuvata ilmiötä, sen merkitystä ja yhteyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21). Kyn­gäs ja Vanhanen (1999, 11) kuvaavat sisällön analyysia kommunikaatioprosessia kuvaavien dokumenttien tutkimistapana, jolloin mielenkiinto voi kohdistua teoksen ilmisisältöön tai tulkin­nan avulla voidaan etsiä dokumenttien piilotettuja viestejä. Heidän mukaansa sisällön ana­lyysi on vaativa ja aikaa vievä prosessi. Teoreettisen tutkimuksen piiriin kuuluvan kirjallisuus­katsauksen toteuttamisen apuna voidaan käyttää aineistolähtöistä sisällönanalyysia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123).

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 92 - 93) tuovat esiin laadullisen aineiston tutkimusaiheen rajaami­sen vaikeutta ja tärkeyttä, koska tutkijan on osattava rajata monella tapaa kiinnostavasta ai­neistosta tietty, kapea ja rajallinen kiinnostuksen kohde, jolloin useita muita kiinnostavia il­miöitä rajautuu pois. Tämä rajaaminen tarkoituksessa, tutkimusongelmissa tai tutkimustehtä­vissä mahdollistaa rajatun ilmiön syvällisen ja tarkan kuvaamisen. Näin ollen sisällönanalyysin analysointivaihe ei rajaudu vain luokittelun, teemoittamisen tai tyypittelyn pohdintaan, vaan alkaa jo aihealueen valinnasta.

Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla pyritään tiiviiseen, järjestelmälliseen ja objektiiviseen tietoon. Se ei itsessään luo laadukasta tietoa, mutta ei myöskään ole vain aineiston tiivistettyä kuvausta. Sisällönanalyysille ei ole olemassa spesifiä tapaa, vaan analyysin prosessi noudattelee sisällönanalyysille ominaista kaavaa. Sisällönanalyysi toimii analysointivälineenä tutkimusprosessissa, jonka avulla voidaan kuvata, jäsentää ja järjestellä tutkittavaa ilmiötä, pyrkien muodostamaan tiedosta näkökulmia. (Kyn­gäs & Vanhanen 1999, 4 - 5, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21 - 23, Tuomi & Sarajärvi 2009, 92 - 100.)

Analyysiyksikkö on tutkijan valitsema tutkimuksen perusyksikkö. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen tutkimusta luetaan useita kertoja läpi. Tällöin tarkoituksena on etsiä analyysiyksikön määrittelemiä alkuperäisilmaisuja siten, että tutkija lukiessaan aktiivisesti kysyy aineistolta tutkimusongelman määrittämiä kysymyksiä. (Kyn­gäs & Vanhanen 1999, 5, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24 - 26.)

Sisällönanalyysin analyysiyksikkö vaihtelee yksittäisestä sanasta, kirjaimesta tai vaikkapa sivunumerosta lauseisiin tai useamman lauseen muodostamiin ajatuskokonaisuuksiin (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Sisällönanalyysissä analysointiyksikkö ei ole johdettavissa ennalta, vaan se valikoituu tutkimusongelman ja aineiston perusteella (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101 - 113, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 25 - 26). Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi on valittu lausetasoinen ajatuskokonaisuus. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimustehtävän mukaiset ajatuskokonaisuudet voivat muodostua sanasta, lauseesta tai muutaman lauseen kokonaisuudesta ja niiden analyysissä kiinnitettiin huomiota asiayhteyteen, jossa lausuma tai ajatuskokonaisuus esiintyy. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Useimmat analysointiyksiköt olivat lauseita, yksittäisiä sanoja, kuten ”kaatuminen” tai ”raivo” oli vain muutama.

Tämä opinnäytetyö pyrkii seuraamaan järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita toteutettavassa kirjallisuuskatsauksessa. Opinnäytetyötä tehtäessä on huomioitava tarjolla olevat resurssit, aineiston saatavuus ja käytettävissä olevan aikaan liittyvät kysymykset. Opinnäytetyönä toimiva kirjallisuuskatsaus ei kattavuudeltaan täytä tieteellisen järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen määritelmää, mutta pyrkii järjestelmälliseen tiedonhakuun ja toistettavuuteen noudattaen mahdollisimman suurta läpinäkyvyyttä valintojen suhteen. (Autti-Rämö & Grahni 2007, 48.) Tieteellisen järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseen vaaditaan vähintään kahta kokenutta ja toisistaan riippumatonta tutkijaa (Pölkki ym. 2012, 346, Hovi ym. 2011, 38). Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa aiempaan tutkimukseen ja kirjallisuuteen perustuvaa tuoretta, analysoitua ja syntetisoitua tietoa potilaiden tai asiakkaiden väkivaltaista käytöksestä ja sen vaikutuksista hoitohenkilökunnan hyvinvointiin sosiaali- ja terveydenhuollon alalla kirjallisuuskatsauksen avulla. Näin saatua tietoa on mahdollista käyttää sekä koulutuksen että työelämän kehittämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Opinnäytetyön pohjalta esitetään hoitajien työhyvinvoinnin edistämisen kehittämissuunnitelma.

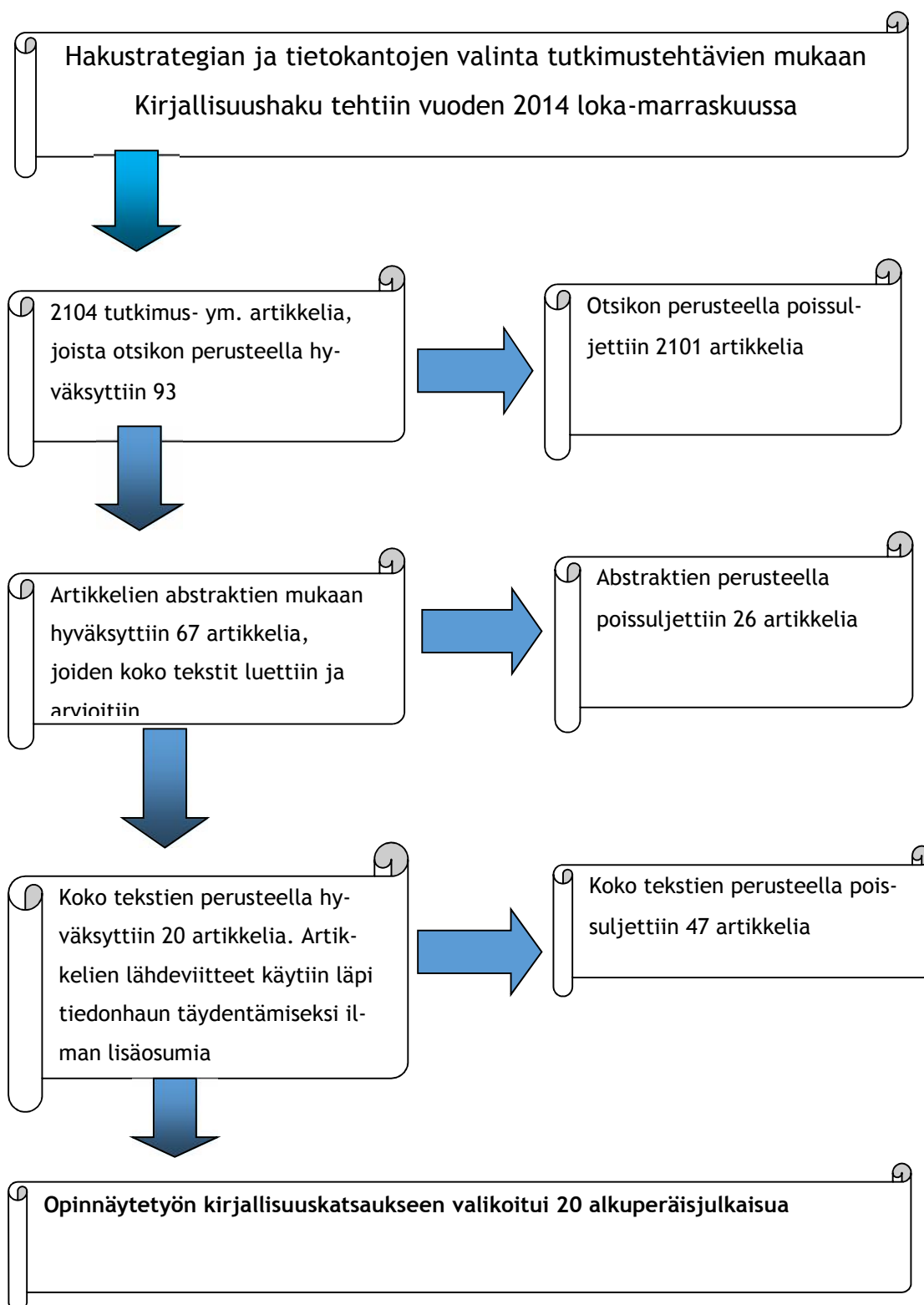
5 OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Aineisto ja aineiston keräämismenetelmä

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin kirjallisuushakuina käyttäen Laurea-ammattikorkeakoulun Intra-verkon mahdollistamia tietokantoja. Tutkimuskysymysten pohjalta etsittiin kirjallisuuskatsaukseen alkuperäistutkimuksiksi tieteellisiä julkaisuja, erityisesti väitöskirjoja, tieteellisiä artikkeleja ja tutkimusraportteja sekä -julkaisuja alkuperäistutkimuksia. Kirjallisuushaku aloitettiin käyttämällä kehyskysymyksiä, joita tarkennettiin kirjallisuuskatsausta tukeviin, relevantteihin ja laadukkaisiin julkaisuihin (Khan ym. 2003). Kirjallisuushaku tehtiin vuoden 2014 loka-marraskuussa ja rajauksella pyrittiin löytämään mahdollisimman tuoreita julkaisuja. Tiedonhaun apuna toimi jo suunnitteluvaiheessa Laurean informaatikko, jonka ohjasta käytettiin myös tiedonhakujen tarkennusvaiheessa. (Kuvio 1).

Kirjallisuuskatsausta varten analysoitavaksi etsittiin materiaalia elektronisista tietokannoista Nelli-tiedonhakuportaalin kautta. Haut tehtiin Laurus, Medic, Ebsco Cinahl, Ebsco Academic Search Elit, Melinda, Linnea Arto, Aleksi, Helka, SMT, Työterveyskirjasto Duodecim, Terveystietä, Työterveyslaitos, Julkkari, Suomen Lääkärilehti arkisto, Työturvallisuuskeskus ja eri yliopistojen verkkojulkaisu tietokannoista. Lisäksi tietoa haettiin manuaalisesti läpikäymällä Hoitotiede lehden sisällysluetteloita, Vantaan ja Helsingin Kaupungin elektronisia julkaisuja, yliopistojen tietokantoja sekä hyväksi käyttäen Internetin Google Scholar hakupalvelua. Käytetyt hakusanat tietokannoittain on koottuna erillisenä liitteenä (Liite 1).

Alkuperäistutkimusten haussa pyrittiin käyttämään resurssien luomissa rajoissa mahdollisimman monia tietokantoja ja käsin hakua luotettavuuden lisäämiseksi. Kehyskysymysten jälkeen läpikäytävää materiaalia oli tuhansittain. Viitteiden määrän rajaamiseksi käytettiin apuna Laurean tiedonhankinnan lehtorin apua. Tarkennettujen hakujen jälkeen puhtaasti tähän aihealueeseen soveltuvaa materiaalia löytyi vähän ja sen taso vaihteli. Valtaosassa väkivallalla tarkoitettiin perheväkivaltaa tai kiusaamista. Suurin osa hakutuloksista osoittautui otsikkotasoon tarkastelun yhteydessä tiedote-tyyppiseksi materiaaliksi. Tämän vuoksi otsikkotasoa tarkempaan käsittelyyn valittiin 67 julkaisua, jotka täsmällisemmän käsittelyn jälkeen jouduttiin hylkäämään, sillä ne eivät kyenneet tuottamaan vastauksia opinnäytetyössä esitettyihin kysymyksiin. Alkuperäistutkimusten valintaa tarkennettiin julkaisujen laatua arvioiden pitäen mielessä opinnäytetyön kysymyksenasettelu. Lisäksi tuoreiden tutkimusten joukkoon hyväksyttiin väitöstutkimus (Rasimus 2002), joka oli tiedonantajana erinomainen ja tutkimuksena urauurtava. Useimmissa tutkimuksissa, artikkeleissa tai julkaisuissa aihealuetta käsiteltiin joko osakokonaisuutena tai rajattuna tietyn maan tai hoitotyöntekijöiden ryhmän käsittelyyn.



Kuvio 1 Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen aineistonkeruun ja valinnan prosessi

5.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto koostuu 20 väkivallan vaikutuksista työhyvinvointiin liittyvästä tutkimuksesta, joista 3 on väitöstä, 9 tutkimusraporttia ja 8 tieteellistä artikkelia. Opinnäytetyössä analysoidut tutkimukset oheisessa taulukossa (Taulukko 1). Tutkimusjulkaisut keskeisine tuloksineen on kuvailtu erillisenä liitteenä (Liite 2). Julkaisut analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä havaitusta aineistosta muodostetaan abstrakteja kuvauksia loogisen ja kokeilevan päättelyn avulla. Näin pyritään löytämään aikomuksia, merkityksiä, tarkoituksia, seurauksia ja yhteyksiä tutkittavasta aineistosta sekä ilmaisemaan niitä käsitteellisessä muodossa. (Latvala & Vanhanen - Nuutinen 2001, 23 - 24.)

Aineiston analyysi alkoi tutkimusongelmien valinnasta. Tässä opinnäytetyössä tutkimusongelma kohdistui aineiston kuvaukseen potilaiden väkivaltaisen käytöksen ilmenemismuodoista ja väkivaltaisen käyttäytymisen vaikutuksista hoitajien työhyvinvointiin. Tämä näkökulma perustui pitkään työkokemukseeni vuorovaikutustyöstä ja väkivaltaisten potilaiden tai asiakkaiden kohtaamisesta erilaisissa hoitotyön ympäristöissä. Vaikka omakohtainen kiinnostus ja työkokemukseni ohjasikin tutkimusongelmien valintaa, pyrin tietoisesti keskittymään analysointivaiheessa tekstistä nouseviin ilmaisuihin vuorovaikutuksen sisällöstä. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 96 - 97) kyseenalaistavat tutkijan objektiivisuuden erityisesti aineistolähtöisten havaintojen suhteen, sillä tutkija asettaa itse tutkimuksessa käytettävät käsitteet, menetelmät ja tutkimusasetelman. Tietoisena oman kokemukseni, aiemman lukeneisuuteni ja valintojeni vähintäänkin piilotajuisesta vaikutuksesta pyrin kunnioittamaan alkuperäistutkimuksia aineistoa analysoidessani.

Luin aineistoa läpi usealla eri kerralla yhä uudestaan muistiinpanoja tehden, pyrkimyksenä saada aineistosta kokonaiskuva. Tavoitteenani oli löytää mahdollisimman kattavasti kaikki potilaan tai asiakkaan väkivaltaisuudesta ja väkivaltaisuuden vaikutuksista kertovat alkuperäisilmaisut. Näitä ilmaisuja alleviivasin ja tein merkintöjä sivun reunustalle. Useamman lukukerran jälkeen taulukoin alkuperäisilmaisut alkuperäisessä muodossaan. Tämän jälkeen esitin aineistolle tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä, joiden avulla pyrin lyhentämään ja pelkistämään aineistoa. Pelkistämistä varten koodasin aineistossa esiintyviä ilmaisuja eri väreihin ja nuolin, pyrkimyksenä löytää tekstissä esiintyviä termejä.

Termien löytymisen ja pelkistämisen jälkeen tarkastelin aineistoa tutkimusongelmista lähtien pyrkien löytämään samankaltaisia ja eroavia ilmaisuja. Näiden ilmaisujen pohjalta luokittelin vastauksia eri ryhmiin. Tämän ryhmittelyn aikana myös tutkimusongelmat täsmentyivät ja ohjauksen kautta supistuivat oppimistehtävän laajuuteen paremmin sopivaksi.

Taulukko 1 Opinnäytetyössä analysoidut tutkimukset

<i>Tutkimuksen tekijä/ julkaisuvuosi/ taso</i>	<i>Tutkimuksen nimi</i>
Pirkko Sandelin. 2007. Väitöskirja, Oulun yliopisto.	Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä.
Maritta Välimäki, Tella Lantta, Minna Anttila, Virve Pekurinen, Mika Alhonkoski, Terhi Suvanne, Anna Laine, Kati Kannisto ja Raija Kontio. 2013. Hanke.- loppuraportti, Turun yliopisto.	Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteessa.
Tarja Heponiemi, Timo Sinervo, Liisa Kuokkanen, Marja-Leena Perälä, Katriina Laaksonen ja Marko Elovainio 2009. Artikkel (referee), Tutkiva Hoitotyö.	Sairaanhoitajien kokemus väkivalta ja halu vaihtaa työtä.
Kirsi Tiihonen. 2009. Artikkel (referee), Tutkiva Hoitotyö.	Väkivallan esiintyminen ja vaikutukset oikeuspsykiatriassa hoitotyössä.
Mirja Rasimus. 2002. Väitöskirja, Kuopion yliopisto.	Turvattomuus työoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla.
Kaisa Eskola, Pekka Huuhtanen ja Irja Kandolin. 2009. Tutkimusraportti, Sosiaali- ja terveysministeriö.	Psykososiaalisten työolojen kehitys vuosina 1997-2008.
Kathrin Waschler, José Antonio Ruiz-Hernández, Bartolomé Llor-Esteban and Mariano García-Izquierdo. 2013. Artikkel (referee), Journal of Advanced Nursing.	Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users.
Thomas Clausen, Annie Hogg, Isabella Carneiro Gomes and Vilhelm Borg. 2013. Artikkel (referee), Journal of Advanced Nursing.	Does psychological well-being mediate the association between experiences of acts of offensive behaviour and turnover among care workers? A longitudinal analysis.
Kaori Fujishiro, Gilbert C. Gee and A.B. de Castro 2011. Artikkel (referee), American Journal of Public Health.	Associations of Workplace Aggression With Work-Related Well-Being Among Nurses in the Philippines.
Holmfridur K. Gunnarsdottir, Herdis Sveinsdottir, Jon Gunnar Bernburg, Hildur Fridriksdottir and Kristinn Tomasson 2006. Artikkel (referee), Work.	Lifestyle, harassment at work and self-assessed health of female flight attendants, nurses and teachers.
Thomas Currid. 2009. Artikkel (referee), Nursing Standard.	Experiences of stress among nurses in acute mental health settings.
Louise Ward. 2011. Artikkel (referee), International Journal of Mental Health Nursing.	Mental health nursing and stress: Maintaining balance.
Virpi Fagerström ja Tuula Leino. 2014. Hankeraportti, Työterveyslaitos.	Väkivalta ja sen uhka kotihoitotyössä - työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä.
Kati Karhula, Sampsa Puttonen, Marko Vuori, Mikael Sallinen, Hanna Kaisa Hyvärinen, Virpi Kalakoski ja Mikko Härmä. 2011. Työympäristötutkimuksen Raportti-sarja 63, Työterveyslaitos.	Työstressi ja uni hoitotyössä. Työstressin ja työaikajärjestelyjen vaikutukset uneen, kuormittumiseen ja toimintakykyyn terveydenhuoltoalan ammattilaisilla.
Timo Kauppinen, Pauliina Mattila-Holappa, Merja Perkiö-Mäkelä, Anja Saalo, Jouni Toikkanen, Seppo Tuomi-vaara, Sanni Uuksulainen, Marja Viluksela ja Simo Virtanen. 2013. Tutkimusartikkeli, Työterveyslaitos.	Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista.
Anna-Mari Aalto, Marko Elovainio, Tarja Heponiemi, Laura Hietapakka, Hannamaria Kuusio & Riikka Lämsä. 2013. Tutkimusraportti, THL.	Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa - Haasteet ja mahdollisuudet.
Tarja Heponiemi, Timo Sinervo, Kimmo Räsänen, Jukka Vänskä, Hannu Halila ja Marko Elovainio. 2008. Tutkimusraportti, Stakes.	Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys.
Susanna Mattila, Jorma Lappalainen ja Markku Aaltonen. 2012. Tutkimusraportti, Työterveyslaitos.	Korkean riskin työpaikkojen tunnuspiirteiden määrittäminen. Delfoi-tutkimus.
Riitta Mikkola. 2013. Väitöskirja, Tampereen Yliopisto.	Henkilökunnan kokemus pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikoilla. Malli pelosta selviytymisestä.
Marja Pitkänen, Kaisa Haatainen, Ritva Pietarinen-Lyytinen ja Hannu Hoffren 2009. Tutkimusraportti, Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu.	Fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun esiintyminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2003 ja 2008.

6 TULOKSET

Tuloksissa esitellään opinnäytetyön keskeiset tulokset tutkimuskysymyksittäin. Näitä tuloksia tarkastellaan yhteenvetona myöhemmin pohdinta-osuudessa. Tutkimuskysymyksiin etsittiin vastauksia kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyistä 20 kansallisesta ja kansainvälisestä tutkimusjulkaisusta aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Aineistoa pilkottiin ja pelkistettiin alkuperäisistä tutkimusjulkaisuista analyysiyksikön mukaisesti. Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi oli määritelty yksittäinen sana tai lausekokonaisuus. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin tutkimuskysymyksittäin alaluokkiin, yläluokkiin ja edelleen pääluokkiin.

Opinnäytetyön keskeisimpinä tuloksina nousivat esiin työväkivalta moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä, työväkivalta paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa, työväkivalta monialaisesti yksilön, yhteisön, toimialan ja organisaation hyvinvointiin, terveyteen, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä ja kehittämistoiminta organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistävänä tekijänä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

6.1 Työväkivalta moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä

Työväkivaltaa moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä kartoitettiin tutkimuskysymyksellä: ”Miten potilaiden ja asiakkaiden aggressiivista ja väkivaltaista käytöstä sekä hoitajien kohtaamaa työväkivaltaa on kuvattu tutkimuksissa?” Tulokseksi muodostui viisi yläluokkaa, jotka muodostuivat yhteensä 21 alaluokasta. Työväkivalta moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä kartoitettavan tutkimuskysymyksen ylä- ja alaluokat on esitetty oheisessa taulukossa (Taulukko 2).

Taulukko 2: Työväkivalta moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä

Työväkivalta moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä	
Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajan kuvaama työväkivalta laajana käsitteenä • Jalkautuvan työn ja työvälineiden aiheuttamat väkivaltariskit • Väkivalta jaoteltavissa tapahtumapaikan mukaan 	Työväkivalta moniulotteisena ilmiönä
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajan kohtaama sosiaalinen väkivalta • Hoitajan kohtaama psyykinen väkivalta • Hoitajan kohtaama kohdistamaton häiritsevä ja äänekkäs käyttäytyminen • Hoitajan kohtaama häirintä • Hoitajan kohtaama uhkailu • Hoitajan kohtaama fyysinen väkivalta • Työympäristöön ja materiaan kohdistuva väkivalta 	Hoitajan kohtaama työväkivalta erimuotoisena
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajan kohtaaman väkivallan kohdistuminen sattumanvaraisena ilmiönä • Hoitajan kohtaama väkivallan kohdistuminen henkilöryhmään • Hoitajan kohtaaman väkivallan kohdistuminen pääosin miehiin • Hoitajan kohtaaman väkivallan kohdistuminen eri ikäisiin • Hoitajan kohtaamaa väkivaltaa aiheuttavat yleisimmin tietyt potilasryhmät • Hoitajan kohtaaman väkivallan tapahtumapaikka ja ympäristötekijät • Hoitajan kohtaaman väkivallan keskittyminen tiettyihin hoitoyksiköihin 	Hoitajan kohtaaman väkivallan kuormitus keskittyy tiettyihin työyksiköihin ja henkilöstöön
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajan toiminnan vaikutus väkivaltatilanteissa • Väkivaltakokemuksen subjektiivisuus 	Hoitajan kohtaaman väkivallan sidonnaisuus toimintaan ja kokemukseen
<ul style="list-style-type: none"> • Organisaation riskienhallinnan toimintatavat työväkivaltatilanteissa • Lähijohdon ja työyhteisön vaikutus työväkivallan ilmenemiseen 	Työväkivallan näyttäytyminen johtamisen, yhteisön ja organisaation tasolla

6.1.1 Työväkivalta moniulotteisena ilmiönä

Yläluokka työväkivalta moniulotteisena ilmiönä muodostui kolmesta alaluokasta: hoitajan kuvaama työväkivalta laajana käsitteenä, jalkautuvan työn ja työvälineiden aiheuttamat väkivaltariskit ja väkivalta jaoteltavissa tapahtumapaikan mukaan. Opinnäytetyön tulosten mukaan työväkivalta näyttäytyi moniulotteisena ilmiönä ja hoitajan kohtaamaa väkivaltaa kuvattiin laajana käsitteenä jokaisessa analyysiin valitussa tutkimuksessa.

Alaluokasta hoitajan kuvaama työväkivalta laajana käsitteenä esimerkki-ilmaisu:

”Participants gave accounts of hostile and intimidating experiences and aggressive situations...” (Currid 2009 ,43).

Jalkautuvan työn ja työvälineiden aiheuttamat väkivaltariskit alaluokasta tuloksissa nousi esiin potilaiden tai asiakkaiden kotiin tehtävän työn nostavan väkivallan riskiä ympäristöön liittyen, esim. tavaroiden, kuten veitsien ja aseiden osalta, kotieläinten tai esimerkiksi omaisten ja vierailijoiden tuomat riskitekijät. Lääkkeiden ja tarvikkeiden kuljetus loi työhön omat väkivallan mahdollisuuteen liittyvät riskitekijänsä. Jalkautuvan työn riskit nousivat esiin vahvasti vain yhdessä analyysiin valitussa tutkimuksessa. (Fagerström & Leino 2014.)

Tuloksissa alaluokka väkivalta jaoteltavissa tapahtumapaikan mukaan rakentui pääolettamuksesta, että hoitajan työssään kohtaama väkivalta on aina työväkivaltaa. Tuloksissa todettiin, että väkivalta on jaoteltavissa tapahtumapaikan mukaan, esim. katuväkivallaksi, kouluväkivallaksi tai työväkivallaksi. Lisäksi ilmiön moniulotteisuutta tarkasteltiin opinnäytetyön tuloksissa työn ja työvälineiden näkökulmasta todeten, että työskentely ilta- ja yöaikaan omaa erilaisia riskejä kuin päivätyöskentely. (Rasmus 2002, Fagerström & Leino 2014, Välimäki ym. 2013.)

6.1.2 Hoitajan kohtaama työväkivalta erimuotoisena

Yläluokka hoitajan kohtaama työväkivalta erimuotoisena muodostui seitsemästä alaluokasta: hoitajan kohtaama uhkailu, hoitajan kohtaama fyysinen väkivalta, hoitajan kohtaama sosiaalinen väkivalta, hoitajan kohtaama psyykinen väkivalta, hoitajan kohtaama kohdistamaton häiritsevä ja äänekäs käyttäytyminen, hoitajan kohtaama häirintä, sekä työympäristöön ja materiaan kohdistuva väkivalta.

Hoitajat kohtasivat työväkivaltaa opinnäytetyön tulosten mukaan erimuotoisena ja hoitajien työssään kohtaamaa väkivaltaa tarkasteltiin myös tekotavan mukaan. Tuloksissa nousi esiin pohdinta väkivallan mitattavuudesta, faktisuudesta ja toisaalta väkivallan uhkasta. Hoitajat kohtasivat työssään uhkailua, jota voi olla aseellinen tai sanallinen uhkaus hoitajan henkeä, terveyttä, perhettä tai omaisuutta kohtaan potilaan tai hänen omaisensa tai vierailijan taholta. Kaikissa opinnäytetyöhön hyväksytyissä julkaisuissa nostettiin esiin hoitajan kohtaama uhkailu.

Myös alaluokka hoitajan kohtaama fyysinen väkivalta oli löydettävissä kaikista kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyistä julkaisuista. Työssään hoitajien kohtaamaa fyysistä väkivaltaa kuvattiin lyömiseksi, potkimiseksi, puremiseksi, raapimiseksi, sylkemiseksi, kuristamiseksi tai tiukkaan otteeseen joutumiseksi.

Esimerkkinä ilmaisu hoitajan kohtaamasta uhkailusta ja fyysisestä väkivallasta:

”Osa haastatelluista oli joutunut potilaan ja/tai omaisen väkivaltaisen käytöksen kohteeksi. Näistä tilanteista mainittiin aseellinen uhkatilanne (jossa mukana oli ampuma-ase, veitsi tai puukko), kuristusyritys tai muu fyysinen väkivaltatilanne (potkaiseminen, pureminen, nyrkillä huitaisu tai naamalle sylkeminen).” (Mikkola 2013, 61).

Opinnäytetyön tuloksissa alaluokka hoitajan kohtaama sosiaalinen väkivalta on löytynyt huomioista, että hoitaja kohtaa työssään sosiaalista väkivaltaa esimerkiksi sosiaalisen median kautta (Fagerström & Leino 2014, 16).

Hoitajat kohtasivat myös psyykkistä väkivaltaa, jota aiheuttivat tulosten mukaan erityisesti työtoverit kiusaamalla. Potilaiden psyykkisen väkivallan muodoista nousi esiin syrjiminen, jota tapahtui esimerkiksi hoitajan kansallisuuteen pohjautuen. (Aalto ym. 2013, Waschgler ym. 2013, Eskola ym. 2009, Sandelin 2007, Heponiemi ym. 2009, Karhula ym. 2011, Rasimus 2002, Heponiemi ym. 2008, Välimäki ym. 2013, Fagerström & Leino 2014.) Näistä merkityksistä rakentui alaluokka hoitajan kohtaama psyykinen väkivalta.

Hoitajan kohtaama kohdistamaton häiritsevä ja äänekkäs käyttäytyminen alaluokasta ilmaisiin potilaiden yleisenä aggressiivisena käyttäytymisenä. Hoitajat kohtasivat kohdistamatonta aggressiivisuutta, häiritsevää ja äänekkästä käyttäytymistä potilaiden taholta esimerkiksi hoito-toimien yhteydessä. (Currid 2009, Rasimus 2002, Fujishiro ym. 2011, Fagerström & Leino 2014, Pitkänen ym. 2009, Mikkola 2013.)

Toisaalta tuloksissa nousi esille hoitajaan kohdistettu häirintä, joka voi olla niin haukkumista, nimittelyä, halventavaa tai loukkaavaa kommentointia, kuin karkeaa ja säädytöntä puhetta tai seksuaalista häirintää (Tiihonen ym. 2009, Gunnarsdottira ym. 2006, Pitkänen ym. 2009). Näistä rakentui alaluokka hoitajan kohtaama häirintä. Alaluokka työympäristöön ja materiaan kohdistuva väkivalta rakentui huomioista, että hoitajat kohtasivat tulosten mukaan työympäristöön ja materiaan kohdistuvaa väkivaltaa tilanteissa, joissa potilas rikkoo tai paiskoo tavaroita, verhoja tai muuta sairaalan omaisuutta (Välimäki ym. 2013, Rasimus 2002).

6.1.3 Hoitajan kohtaaman väkivallan kuormitus keskittyy tiettyihin työyksiköihin ja henkilöstöön

Yläluokka hoitajan kohtaaman väkivallan kuormitus keskittyy tiettyihin työyksiköihin ja henkilöstöön koostui seitsemästä alaluokasta: hoitajan kohtaaman väkivallan kohdistuminen sattumanvaraisena ilmiönä, hoitajan kohtaama väkivallan kohdistuminen henkilöryhmään, hoitajan kohtaaman väkivallan kohdistuminen pääosin miehiin, hoitajan kohtaaman väkivallan kohdistuminen eri ikäisiin, hoitajan kohtaamaa väkivaltaa aiheuttavat yleisimmin tietyt potilasryhmät, hoitajan kohtaaman väkivallan tapahtumapaikka ja ympäristötekijät sekä hoitajan kohtaaman väkivallan keskittyminen tiettyihin hoitoyksiköihin.

Opinnäytetyön tuloksissa hoitajan kohtaaman väkivallan kuormitus keskittyi tiettyihin työyksiköihin ja henkilöstöön. Näissä yksiköissä hoitaja altistui väkivaltaan joskus sattumanvaraisesti, esimerkiksi päihtyneen potilaan impulsiivisuutena. Alaluokasta hoitajan kohtaaman väkivallan kohdistuminen sattumanvaraisena ilmiönä esimerkki-ilmaisu:

”Tyypillistä päiväkirjaesimerkkien mukaan oli se, että väkivalta kohdistui usein siihen henkilöön, joka osui kohdalle sattumalta, esimerkiksi kulki potilaan ohi.” (Rasimus 2002, 122.)

Hoitajan kohtaama väkivallan kohdistuminen henkilöryhmään alaluokassa huomio kiinnittyi väkivallan kohdistumiseen erityisesti tiettyihin henkilöryhmiin, esimerkiksi hoitohenkilökuntaan enemmän kuin lääkäreihin, lähihoitajiin enemmän kuin sairaanhoitajiin. Sijaiset kohtasivat tulosten mukaan väkivaltaa vakainaista henkilökuntaa enemmän. Lisäksi väkivalta kohdistui tuloksissa myös potilaaseen itseensä. (Pitkänen ym. 2009, Heponiemi ym. 2009, Clausen ym. 2013, Rasimus 2002.)

Alaluokka hoitajan kohtaaman väkivallan kohdistuminen pääosin miehiin oli löydettävissä useassa tutkimuksessa. Sukupuolittain tarkasteltuna hoitajan kohtaama väkivalta kohdistui tutkimuksissa pääosin miehiin, tosin naisten todettiin altistuvan enemmän epäasialliselle kohteelle. Miesten altistumisen väkivallalle todettiin opinnäytetyön tuloksissa johtuvan paitsi miesten itsensä toiminnasta, myös työyhteisön luomista vakiintuneista toimintatavoista. (Välimäki ym. 2012, Eskola ym. 2009, Rasimus 2002.)

Opinnäytetyön tuloksissa hoitajan kohtaama väkivalta kohdistui eri ikäisiin ja nämä erot näyttäytyivät erityisesti toimipaikoittain. Pääosin ja eirytisesti psykiatrisessa työssä väkivalta kohdistui enemmänkin nuoriin, vastavalmistuneisiin, kun taas päivystyspoliklinikalla väkivaltariskissä oli myös kokeneempi hoitohenkilöstö. Potilaan luona vietetty aika näyttäytyi tuloksissa merkittävänä väkivaltariskiä nostavana tekijänä. Näistä koostui alaluokka hoitajan kohtaaman väkivallan kohdistuminen eri ikäisiin. (Fujishiro ym. 2011, Välimäki ym. 2013, Pitkänen ym. 2009, Rasimus 2002.)

Hoitajan kohtaaman väkivallan kuormitus keskittyy tiettyihin työyksiköihin ja henkilöstöön yläluokka sisälsi myös alaluokat hoitajan kohtaamaa väkivaltaa aiheuttavat yleisimmin tietyt potilasryhmät ja hoitajan kohtaaman väkivallan keskittyminen tiettyihin hoitoyksiköihin. Hoitajan kohtaamaa väkivaltaa aiheuttivat opinnäytetyön mukaan potilasryhmistä yleisimmin psykiatriset potilaat, päihtyneet ja vanhukset. Lisäksi väkivalta keskittyi näitä potilaita hoitaviin yksiköihin. (Mattila ym. 2012, Heponiemi ym. 2009, Heponiemi ym. 2008, Clausen ym. 2013, Välimäki ym. 2013, Tiihonen ym. 2009, Pitkänen ym. 2009, Rasimus 2002, Fagerström & Leino 2014, Mikkola 2013.)

Lisäksi samaan yläluokkaan sisältyi tuloksissa alaluokka hoitajan kohtaaman väkivallan tapahtumapaikka ja ympäristötekijät. Opinnäytetyön tuloksissa oli erotettavissa hoitajan kohtaaman väkivallan tapahtumapaikka- ja ympäristötekijöitä, ajankohtana esiin nousi viikonloput, ruuhka-, ilta- ja yöajat. Myös saattajan, omaisen, vierailijan tai kotieläimen luomat uhat esiintyivät tuloksissa.

6.1.4 Hoitajan kohtaaman väkivallan sidonnaisuus toimintaan ja kokemukseen hoitajan kohtaaman väkivallan sidonnaisuus toimintaan ja kokemukseen

Yläluokka hoitajan kohtaaman väkivallan sidonnaisuus toimintaan ja kokemukseen muodostui kahdesta alaluokasta: hoitajan toiminnan vaikutus väkivaltatilanteissa ja väkivaltakokemuksen subjektiivisuus. Hoitajan kohtaama väkivalta oli opinnäytetyön tulosten mukaan sidoksissa hoitajan toimintaan ja omaan kokemukseen.

Hoitajan toiminnalla oli vaikutusta väkivaltatilanteiden syntymiseen ja niiden etenemiseen, he näyttäytyivät tutkimuksissa väkivallan uhreina, käyttäjinä ja mukana toimijoina. Tuloksissa toistui huomioita potilaan provosoimisesta ja toisaalta hoitajan provosoitumisesta. Väkivaltaan suhtautumisessa oli myös eroja, toisaalta väkivaltaa vähäteltiin ja piiloteltiin, toisaalta väkivallan taltuttamisesta oli voinut muodostua ammatti-identiteettiä vahvistava rooli. (Välimäki ym. 2013, Rasimus 2002, Sandelin 2007, Fagerström & Leino 2014.)

Lisäksi työssä kohdattuun väkivaltaan vaikutti opinnäytetyön tulosten mukaan vahvasti väkivaltakokemuksen subjektiivisuus. Tuloksissa näyttäytyi suurena erona se, miten toinen hoitaja kokee tilanteen uhkaavana, toinen mitättömänä suunsoittona. Myös hoitokulttuurien välillä näyttäytyy eroja, esimerkiksi Islannissa sairaanhoitajat raportoivat hyvin vähän seksuaalista häirintää, mikä saattaa liittyä kulttuuriseen käsitykseen häirinnästä tai vitsailusta. (Gunnarsdottira ym. 2006, Fagerström & Leino 2014)

”Yksilölliset erot väkivaltakokemuksista ovat suuria. Siinä, missä toinen kokee asiakkaiden taholta tulevan epäasiallisen tai loukkaavan käytöksen omia voimavaroja vähentävänä, toinen vähät välittää asiakkaan kommenteista tai osoittaa rajat sallitulle kanssakäymiselle.” (Fagerström & Leino 2014, 26).

6.1.5 Työväkivallan näyttäytyminen johtamisen, yhteisön ja organisaation tasolla

Yläluokka työväkivallan näyttäytyminen johtamisen, yhteisön ja organisaation tasolla muodostui alaluokista: organisaation riskienhallinnan toimintatavat työväkivaltatilanteissa sekä lähijohdon ja työyhteisön vaikutus työväkivallan ilmenemiseen.

Opinnäytetyön tuloksissa työväkivaltaa voitiin tarkastella myös johtamisen, yhteisön ja organisaation tasolla. Tällöin tarkasteltiin organisaation riskienhallinnan toimintatapoja työväkivaltatilanteissa, esimerkiksi vartijoiden saatavuutta ja pohdittiin työntekijän oikeuksia suhteessa väkivaltaisen potilaan oikeuksiin. Lähijohdon ja työyhteisön vaikutus työväkivallan ilmenemiseen näyttäytyi tulosten mukaan merkityksellisenä. Lähijohtajat näkivät väkivaltaritkit pääosin samalla tavalla kuin muu henkilökunta, mutta lähijohtajan toimintaan kohdistui toisenlaisia odotuksia. Tuloksissa nousi esiin myös johtamistapojen merkitys väkivallan ehkäisyssä. (Fagerström & Leino 2014, Sandelin 2007, Mikkola 2013, Rasimus 2002.)

6.2 Työväkivalta paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa

Työväkivaltaa yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa kartoitettiin tutkimuskysymyksellä : Miten yleistä hoitohenkilökunnan kohtaama työväkivalta tutkimusten ja kirjallisuuden valossa on? Yläluokka työväkivalta paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa muodostui yhdeksästä alaluokasta: väkivallan määrä jakautuu työpaikoittain palkansaajien keskuudessa, väkivalta on paikoittain yleistä terveydenhuollossa, väkivalta on lisääntynyt ja muuttunut ajan saatossa, hoitaja kohtaa työssään usein häirintää, hoitaja kohtaa työssään usein uhkailua, hoitaja kohtaa työssään joskus fyysistä väkivaltaa, hoitaja kohtaa työssään paikoitellen omaisuuteen kohdistuvaa väkivaltaa, hoitaja kohtaa työssään joskus henkistä väkivaltaa potilaan taholta ja kaikki hoitajat eivät kohtaa työväkivaltaa. Luokat on kuvattu oheisessa taulukossa (Taulukko 3).

Taulukko 3: Työväkivalta paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa

Työväkivalta paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa	
Alaluokat	Yläluokat
<ul style="list-style-type: none"> • Väkivallan määrä jakautuu työpaikoittain palkansaajien keskuudessa • Väkivalta on paikoittain yleistä terveydenhuollossa • Väkivalta on lisääntynyt ja muuttunut ajan saatossa • Hoitaja kohtaa työssään usein häirintää • Hoitaja kohtaa työssään usein uhkailua • Hoitaja kohtaa työssään joskus fyysistä väkivaltaa • Hoitaja kohtaa työssään paikoitellen omaisuuteen kohdistuvaa väkivaltaa • Hoitaja kohtaa työssään joskus henkistä väkivaltaa potilaan taholta • Kaikki hoitajat eivät kohtaa työväkivaltaa 	<p>Työväkivaltaa yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa</p>

Opinnäytetyön tuloksissa työväkivalta näyttäytyi määrällisesti jakautuvana työpaikoittain palkansaaajien keskuudessa. Väkivallan määrä jakautui työpaikoittain palkansaaajien keskuudessa poiketen merkittävästi niin toimialan, työpaikan koon, työaikamuodon kuin työnantajatyypin mukaan. Väkivalta oli paikoittain yleistä terveydenhuollossa, erityisesti se oli opinnäytetyön tulosten valossa yleistä psykiatriassa, päivystyspoliklinikoilla ja vanhustenhuollossa. Lisäksi julkisuudessa esiintyvät väkivaltatapaukset vaikuttivat yleiseen mielikuvaan terveydenhuollon väkivaltatapauksista. (Eskola ym. 2009, Heponiemi ym. 2009, Välimäki ym. 2013, Rasimus 2002, Gunnarsdottira ym. 2006, Kauppinen ym. 2012, Currid 2009, Fujishiro ym. 2011, Mattila ym. 2012.)

Tuloksissa väkivalta on lisääntynyt ja muuttunut ajan saatossa alaluokka oli nostettavissa ilmaisuista joissa todettiin, että hoitajan työssään kohtaama väkivalta oli ajan kuluessa lisääntynyt ja muuttanut muotoaan. Suurin määrällinen lisäys ajoittui vuosituhannen vaihteeseen, jonka jälkeen tilanne oli pysynyt samankaltaisena. Väkivallan muuttuminen liittyi opinnäytetyön tuloksissa väkivallan raaistumiseen ja erityisesti aseellisen väkivallan uhkan nousuun. (Eskola ym. 2009, Rasimus 2002, Pitkänen ym. 2009.)

Tuloksissa hoitajat kohtasivat työssään usein uhkailua (Välimäki ym. 2013, Tiihonen ym. 2009, Rasimus 2002, Clausen ym. 2013). Hoitajan työssään kohtaama häirintä eri muodoissaan näyttäytyi tuloksissa myös yleisenä (Gunnarsdottira ym. 2006, Clausen ym. 2013, Tiihonen ym. 2009, Pitkänen ym. 2009, Aalto ym. 2013, Karhula ym. 2011, Fujishiro ym. 2011). Alaluokkaa hoitaja kohtaa työssään usein häirintää kuvattiin:

”Sanallista häirintää potilaan taholta oli kokenut suurin osa vastaajista (79 %). Vain kahta vastaajaa oli sanallisesti häirinnyt potilaan omainen tai vierailija. Työtovereiden taholta kuukaan ei ollut kokenut sanallista häirintää.” (Tiihonen ym. 2009, 6.)

Opinnäytetyön tuloksissa oli nähtävissä, että hoitaja kohtaa työssään paikoitellen omaisuuteen kohdistuvaa väkivaltaa. Lähinnä omaisuuteen kohdistuvaa väkivaltaa esiintyi psykiatrian ja päivystyspoliklinikan toimipisteissä. (Välimäki ym. 2013, Rasimus 2002.)

Tuloksissa ilmeni, että hoitaja kohtaa työssään joskus henkistä väkivaltaa potilaan taholta. Yleisimmin henkisen väkivallan aiheuttajana oli kantaväestön keskuudessa työtoveri. Ulkomaalaistaustainen henkilöstö joutui useammin henkisen väkivallan kohteeksi potilaiden taholta. (Heponiemi ym. 2009, Aalto ym. 2013, Välimäki ym. 2013, Eskola ym. 2009, Karhula ym. 2011.)

Hoitaja kohtaa työssään joskus fyysistä väkivaltaa alaluokassa näyttäytyi suurta vaihtelua ilmiön yleisyydessä toimialoittain ja työpaikoittain. Hoitajan työssään kohtaama fyysinen väkivalta oli joillain tulosalueilla yleistä, toisaalla taas melko harvinaista. Potilaiden vaikeahoitoisuus ja päihteiden käyttö lisäsivät tuntuvasti väkivaltatilanteiden lukumäärää. (Tiihonen ym. 2009, Heponiemi ym. 2009, Välimäki ym. 2013, Clausen ym. 2013, Rasimus 2002, Kauppinen ym. 2012, Fujishiro ym. 2011, Pitkänen ym. 2009.) Hoitaja kohtaa työssään joskus fyysistä väkivaltaa alaluokasta esimerkkinä:

”Yleisintä väkivalta (sekä henkinen että fyysinen) oli vanhustenhuollossa työskentelevillä. Heistä yli 30 % koki tai oli joskus kokenut henkistä väkivaltaa ja lähes 35 % koki fyysisiä väkivaltatilanteita useammin kuin kerran kuussa. Perusterveydenhuollossa (pois lukien vanhustenhoitotyö) fyysiset väkivaltatilanteet olivat harvinaisempia: 3,5 % koki näitä tilanteita useammin kuin kerran kuukaudessa.” (Heponiemi ym. 2009, 14).

Opinnäytetyön tuloksissa kaikki hoitajat eivät kohtaa työväkivaltaa. Työväkivallan kohtaamisessa oli suurta vaihtelua. Väkivaltaa kohtaamattomien hoitajien osuus oli paikoin jopa 90 %. (Heponiemi ym. 2009, Clausen ym. 2013, Pitkänen ym. 2009.) Alaluokasta kaikki hoitajat eivät kohtaa työväkivaltaa esimerkki-ilmaus:

”Not all staff experienced violent and aggressive behaviours, but they did talk about it as being inherent within the role.” (Currid 2009, 43).

6.3 Työväkivalta monialaisesti yksilön, yhteisön, toimialan ja organisaation hyvinvointiin, terveyteen, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä

Työväkivaltaa monialaisesti yksilön, yhteisön, toimialan ja organisaation hyvinvointiin, terveyteen, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä kartoitettiin tutkimuskysymyksellä: millaisia seurauksia kohdatusta työväkivallasta on hoitajien työhyvinvoinnille? Tulokseksi muodostui kolme yläluokkaa, jotka muodostuivat yhteensä 19 alaluokasta. Työväkivalta monialaisesti yksilön, yhteisön, toimialan ja organisaation hyvinvointiin, terveyteen, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä kartoittavan tutkimuskysymyksen ylä- ja alaluokat on esitetty oheisessa taulukossa (Taulukko nro 4).

Taulukko 4: Työssä kohdattu väkivalta monialaisena hoitajan hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavana ilmiönä

Työväkivalta monialaisesti yksilön, yhteisön, toimialan ja organisaation hyvinvointiin, terveyteen, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä	
Alaluokat	Yläluokat
<ul style="list-style-type: none"> • Työväkivalta aiheuttaa hoitajille ahdistusta • Työväkivalta aiheuttaa hoitajille epävarmuutta • Työväkivalta aiheuttaa hoitajille stressiä • Työväkivalta heikentää hoitajien tyytyväisyyttä • Työväkivallan seurauksena hoitajille työuupumusta • Työväkivallan seurauksena hoitajille fyysinen vamma • Työväkivallan seurauksena hoitajille unettomuutta • Työväkivallan seurauksena hoitajille kipua • Työväkivallan seurauksena hoitajille suuttumusta • Osalle hoitajista vakavia seurauksia työväkivallasta • Työväkivalta vaikuttaa hoitajien yleiseen terveyteen • Työväkivalta vaikuttaa hoitajien yleiseen hyvinvointiin 	<p>Työssä kohdattu väkivalta monialaisena hoitajan hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavana ilmiönä</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Työväkivalta vaikuttaa hoitohenkilökunnan sitoutuneisuuteen • Työväkivallalla on taloudellisia seurauksia • Työväkivalta vaikuttaa hoidon laatuun 	<p>Työssä kohdattu väkivalta monialaisena yhteisön ja organisaation hyvinvointiin, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Työväkivallan seurauksena hoitajille pelkoa fyysisenä, psyykkisenä ja käytöksellisenä reagoitina • Työväkivallan seurauksena työ koetaan vaaralliseksi • Työväkivallan seurauksena pelkoa toisen puolesta • Työväkivalta seurauksineen hoitajan työn riskitekijä 	<p>Työssä kohdattu väkivalta yleisesti turvattomuutta aiheuttavana ilmiönä</p>

6.3.1 Työssä kohdattu väkivalta monialaisena hoitajan hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavana ilmiönä

Yläluokka työssä kohdattu väkivalta monialaisena hoitajan hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavana ilmiönä koostui 12 alaluokasta: työväkivalta aiheuttaa hoitajille ahdistusta, työväkivalta aiheuttaa hoitajille epävarmuutta, työväkivalta aiheuttaa hoitajille stressiä, työväkivalta heikentää hoitajien työtyytyväisyyttä, työväkivallan seurauksena hoitajille työuupumusta, työväkivallan seurauksena hoitajille fyysinen vamma, työväkivallan seurauksena hoitajille unettomuutta, työväkivallan seurauksena hoitajille kipua, työväkivallan seurauksena hoitajille suuttumusta, osalle hoitajista vakavia seurauksia työväkivallasta, työväkivalta vaikuttaa hoitajien yleiseen terveyteen ja työväkivalta vaikuttaa hoitajien yleiseen hyvinvointiin.

Hoitajan kohtaama työväkivalta seurauksineen nousi tuloksissa esiin kompleksisena ilmiönä. Sillä oli vaikutuksia niin yksittäiselle hoitajalle, työyhteisölle, toimialalle ja koko organisaatiolle. Vaikutukset ulottuivat opinnäytetyön tuloksissa niin hyvinvointiin ja terveyteen kuin hoidon laatuun ja tuottavuuteenkin.

Opinnäytetyön tuloksissa työssä kohdattu väkivalta määrittäytyi monialaisena hoitajan hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavana ilmiönä. Työväkivalta aiheutti hoitajille lähestulkoon aina ahdistusta. Ahdistuksen voimakkuus vaihteli siten, että fyysinen väkivalta aiheuttaa voimakkaampaa ahdistusta kuin sanallinen häirintä. (Tiihonen ym. 2009, Rasimus 2002, Fujishiro ym. 2011.)

Tuloksissa todettiin, että työssä kohdattu väkivalta aiheuttaa hoitajille epävarmuutta (Rasimus 2002, Eskola ym. 2009). Alaluokiksi nousivat myös työväkivallan seurauksena hoitajille unettomuutta (Rasimus 2002) samoin kuin työväkivalta aiheuttaa hoitajille stressiä. Stressiä aiheutti erityisesti henkinen väkivalta työtoverin taholta, mutta ruumiillisen väkivallan uhkan todettiin voivan olla yhtä stressaavaa ja vahingollista kuin fyysisen hyökkäyksenkin. (Ward 2011, Currid 2009, Karhula ym. 2011, Fujishiro ym. 2011, Rasimus 2002.)

Työväkivallan todettiin opinnäytetyön tulosten mukaan heikentävän hoitajien työtyytyväisyyttä sekä kiristämällä työilmapiiriä että vähentämällä työviihtyvyyttä. (Waschgler ym. 2012, Ward 2011, Heponiemi ym. 2008, Heponiemi 2009, Välimäki ym. 2013, Rasimus 2002, Fagerström & Leino 2014.) Työväkivallan seurauksena hoitajille aiheutui työuupumusta. Erityisesti henkisestä työväkivallasta seurasi tulosten valossa hoitajille työuupumusta. (Waschgler ym. 2013, Välimäki ym. 2013, Sandelin 2007, Eskola ym. 2009.)

Työväkivallan seurauksena opinnäytetyön tulosten mukaan aiheutui hoitajille fyysinen vamma. Fyysisen työväkivallan seurauksena hoitajille oli aiheutunut fyysisiä vammoja, useimmiten pieneksi luokiteltuja mustelmia ja ruhjeita. (Tiihonen ym. 2009, Rasimus 2002, Fujishiro ym. 2011, Pitkänen ym. 2009.) Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyistä teoksista vain Rasimus (2002) oli eritellyt tutkimuksessaan työväkivallan seurauksena hoitajille tulleen kipua, mutta useat muut viittasivat tähän mainitsemalla poissaoloista, lääkärikäynneistä tms. vammutumisista. Opinnäytetyön tuloksissa työväkivallan seurauksena hoitajille todettiin aiheutuvan lisäksi suuttumusta. Suuttumus näyttäytyi raivostumisena tai kyynisenäkin suhtautumisena. (Rasimus 2002, Fagerström & Leino 2014, Waschgler ym. 2012.) Esimerkkinä ilmaus:

"The results indicate that, in nursing personnel, higher exposure to user violence leads to lower job satisfaction, more emotional exhaustion and more cynicism, and to a lower level of psychological well-being." (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & García-Izquierdo 2012, 1418).

Opinnäytetyön tuloksissa osalle hoitajista aiheutui vakavia seurauksia työväkivallasta. Vakavampia seurauksia raportoivat yli 30-vuotiaat, perushoitajat ja lääkintävahtimestarit, mutta myös sairaanhoitajista lähes puolet piti työväkivallan seuraamuksia vakavina. (Fujishiro ym. 2011, Rasimus 2002.)

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että työväkivalta vaikutti hoitajien yleiseen terveyteen ja hyvinvointiin, muodostaen näin luokat työväkivalta vaikuttaa hoitajien yleiseen terveyteen (Fagerström & Leino 2014, Waschgler ym. 2012, Heponiemi ym. 2008, Gunnarsdottira ym. 2006, Clausen ym. 2012) sekä työväkivalta vaikuttaa hoitajien yleiseen hyvinvointiin (Clausen ym. 2012, Rasimus 2002, Gunnarsdottira ym. 2006, Waschgler ym. 2012). Hoitajat raportoivat itsetuntoon terveydentilan ja hyvinvoinnin heikentyneen työssä kohdatun väkivallan seurauksena. Tilastollista korrelaatiota löytyi työssä kohdatun väkivallan sekä alentuneen itsetuntoon terveydentilan, työperäisten sairauksien, työtapaturmien ja alentuneen psyykkisen hyvinvoinnin kanssa muista muuttujista riippumatta. (Fagerström & Leino 2014, Waschgler ym. 2012, Clausen ym. 2012, Heponiemi ym. 2008, Rasimus 2002, Gunnarsdottira ym. 2006.) Esimerkkinä alaluokista ilmaus:

"Despite the low correlations obtained, our findings suggest that working in a violent occupational environment could lead to the development of burnout, psychosomatic symptoms, loss of well-being, and even the onset of clinical syndromes." (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & García-Izquierdo 2012, 1424).

6.3.2 Työssä kohdattu väkivalta monialaisena yhteisön ja organisaation hyvinvointiin, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä

Yläluokka työssä kohdattu väkivalta monialaisena yhteisön ja organisaation hyvinvointiin, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä koostui kolmesta alaluokasta: työväkivalta vaikuttaa hoitohenkilökunnan sitoutuneisuuteen, työväkivallalla on taloudellisia seurauksia ja työväkivalta vaikuttaa hoidon laatuun.

Työväkivallalla todettiin olevan vaikutusta hoitohenkilökunnan sitoutuneisuuteen. Yhteys erityisesti henkisen väkivallan ja henkilökunnan vaihtuvuuden välillä oli suuri. Työssä kohdatun väkivallan ja vaihtuvuuden välillä säilyi muista muuttujista riippumatta. Työväkivallan ehkäisy oli työvoiman pysyvyyden näkökulmasta merkityksellinen tekijä. (Heponiemi ym. 2009, Fagerström & Leino 2014, Clausen ym. 2013, Currid 2009.)

Tuloksissa todettiin, että työväkivallalla on taloudellisia seurauksia. Työväkivallan läsnäolon ja sen kanssa selviytymisen mahdollisia vaikutuksia työuralla etenemiseen psykiatriassa nostettiin pohdintaan yhdessä tutkimuksessa (Ward 2011). Työssä kohdatusta väkivallasta johtuvat poissaolot aiheuttivat kustannuksia ja ansionmenetyksiä niin työntekijöille kuin työnantajillekin. (Rasmus 2002, Fujishiro ym. 2011, Fagerström & Leino 2014, Tiihonen ym. 2009, Eskola ym. 2009, Ward 2011.)

Työväkivalta vaikutti opinnäytetyön tulosten mukaan myös hoidon laatuun. Toisaalta vaikutukset näyttäytyivät mahdollisten poissaolojen aiheuttamana vakinaisen henkilökunnan puuttumisena tai kuormittumisena, toisaalta henkilökunnan mahdollisena vaikeutena osallistua tai sitoutua väkivaltaisesti käyttäytyvien ihmisten hoitoon. Näin ollen väkivallalla on seurauksia potilaille, hoitajille, työyhteisölle ja koko organisaatiolle. (Currid 2009, Fujishiro ym. 2011.)

6.3.3 Työssä kohdattu väkivalta yleisesti turvattomuutta aiheuttavana ilmiönä

Yläluokka työssä kohdattu väkivalta yleisesti turvattomuutta aiheuttavana ilmiönä koostui neljästä alaluokasta: työväkivallan seurauksena hoitajille pelkoa fyysisenä, psyykkisenä ja käytöksellisenä reagoitina, työväkivallan seurauksena työ koetaan vaaralliseksi, työväkivallan seurauksena pelkoa toisen puolesta ja työväkivalta seurauksineen hoitajan työn riskitekijä.

Tuloksissa todettiin työväkivallan uhkan tai toteutuneena aiheutuvan hoitajille pelkoa fyysisenä, psyykkisenä ja käytöksellisenä reagoitina. Pelko aiheutui niin potilaan uhkaavasta käytöksestä tai puheesta kuten hyökkäyksistäkin. Pelon seurauksina hoitajilla nähtiin erilaisia fyysisiä reaktioita, kuten hikoilua, huimausta tai pahoinvointia, psyykkisinä reaktioina usein jännittyneisyyttä, ahdistuneisuutta ja käytöksellisenä reagoitina pelkoon usein varovaisuutta, etääntymistä tai pakenemista. Pelkoa aiheutui sekä potilaan tuomana, esim. aseellisesta uhkailusta että rakenteista, kuten puutteellisista pakoreiteistä tai julkisuuteen nostetuista tapauksista johtuen. (Mikkola 2013, Välimäki ym. 2013, Rasimus 2002.)

Työssä kohdattu väkivalta kuormitti tulosten mukaan henkilökuntaa, lisäsi työn raskauden tunnetta ja oli muodostunut osassa toimipaikoista ongelmaksi. Opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin, että työväkivallan seurauksena työ koettiin vaaralliseksi (Eskola ym. 2009, Rasimus 2002, Mikkola 2013) ja sitä pidettiin seurauksineen hoitajan työn riskitekijänä (Rasimus 2002, Kauppinen ym. 2012, Mikkola 2013, Tiihonen ym. 2009, Eskola ym. 2009, Fujishiro ym. 2011, Fagerström & Leino 2014, Mattila ym. 2012).

Paitsi henkilökohtaista vaaran tunnetta, opinnäytetyön tuloksissa havaittiin hoitajille aiheutuvan työväkivallan seurauksena myös pelkoa toisen puolesta. Työtovereiden ja muiden potilaiden turvallisuus tai heidän hoitonsa laadun heikkeneminen aiheutti pelkoa väkivaltatilanteissa. Lisäksi pelättiin väkivaltaisen ihmisen itselleen aiheuttamaa varaa. (Rasimus 2002, Välimäki ym. 2013, Mikkola 2013.)

Alaluokista esimerkkinä:

”Väkivaltatilanteissa pelkoa aiheuttivat oma ja työkaverin turvallisuus sekä muiden potilaiden turvallisuus. Oman, työkaverin ja muiden potilaiden väkivaltatilanteesta selviytymisen pelko liittyi etenkin väkivaltatilanteeseen, jossa oli mukana ampuma-ase ja/tai teräase, ja näistä tilanteista selviytyminen loukkaantumatta. Äärimmäisenä pelkona kuvattiin pelko menehtymisestä väkivaltatilanteissa.” (Mikkola 2013, 86).

6.4 Kehittämistoiminta organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistävänä tekijänä sosiaali- ja terveydenhuollossa

Kehittämistoimintaa organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistävänä tekijänä sosiaali- ja terveydenhuollossa kartoitettiin tutkimuskysymyksellä: millaisia työhyvinvointia edistäviä tekijöitä ja toimintaa työväkivaltilanteiden osalta on kuvattu tutkimuksissa? Tulokseksi muodostui kaksi yläluokkaa, jotka rakentuivat yhteensä kymmenestä alaluokasta ja ne esitetään oheisessa taulukossa (Taulukko 5).

Taulukko 5: Kehittämistoimintaa organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistävänä tekijänä

Kehittämistoiminta organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistävänä tekijänä	
Alaluokat	Yläluokat
<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatriset osastot huomioineet työväkivallan riskin hyvinvoinnin edistämässä • Väkivallanhallintataidot työhyvinvoinnin edistäjänä • Väkivaltatilanteiden ennakointi työhyvinvoinnin edistäjänä • Koulutuksen merkitys työhyvinvoinnin edistäjänä • Vartijan saatavuuden merkitys työhyvinvoinnin edistäjänä työväkivaltaa kohdattaessa • Väkivaltatilanteen jälkihoito osana työhyvinvoinnin edistämistä 	Organisaation mahdollistama kehittämistoiminta työhyvinvoinnin edistämiseksi
<ul style="list-style-type: none"> • Johtamisen merkitys työväkivallan kohtaamisessa ja hyvinvoinnin edistämässä • Kehittämistoiminnan merkitys työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa • Työsuojelun merkitys työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa • Yhteisökuulttuurin merkitys työhyvinvoinnin edistämisessä työväkivaltaa kohdattaessa 	Hyvien toimintatapojen kehittäminen työhyvinvoinnin edistämiseksi

6.4.1 Organisaation mahdollistama kehittämistoiminta työhyvinvoinnin edistämiseksi

Yläluokka organisaation mahdollistama kehittämistoiminta työhyvinvoinnin edistämiseksi rakentui alaluokista: psykiatriset osastot huomioineet työväkivallan riskin hyvinvoinnin edistämässä, väkivallanhallintataidot työhyvinvoinnin edistäjänä, väkivaltatilanteiden ennakointi työhyvinvoinnin edistäjänä, koulutuksen merkitys työhyvinvoinnin edistäjänä, vartijan saatavuuden merkitys työhyvinvoinnin edistäjänä työväkivaltaa kohdattaessa ja väkivaltatilanteen jälkihoito osana työhyvinvoinnin edistämistä.

Opinnäytetyön tuloksissa kehittämistoiminta nähtiin organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistävänä tekijänä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Psykiatriset osastot olivat huomioineet työväkivallan riskin muita toimialoja paremmin osana hoitajien hyvinvoinnin edistämistä ja asia oli paitsi tiedostettu myös kehittämistoimintaa ylläpidettiin. Psykiatrisilla osastoilla oli usein ennakkotietoa potilaista, joten varautuminen oli siten helpompaa. (Tiihonen ym. 2009, Välimäki ym. 2013, Rasimus 2002, Pitkänen ym. 2009, Currid 2009.)

Väkivallanhallintataitojen todettiin opinnäytetyön tulosten mukaan toimivan työhyvinvoinnin edistäjänä. Tällöin välttyttiin vammoilta ja hoitajien tunne työn hallinnasta lisääntyi. Väkivallanhallintataitoihin kuuluivat myös riskienarviointi, turvajärjestelyt ja turvalliset toimintatavat työväkivaltaa kohdattaessa. (Tiihonen ym. 2009, Välimäki ym. 2013, Gunnarsdottira ym. 2006, Rasimus 2002, Mattila ym. 2012.)

Opinnäytetyön tuloksissa väkivaltatilanteiden ennakointi nousi tärkeäksi osaksi työhyvinvoinnin edistämistä. Koska väkivaltaa ei voida kokonaan poistaa, tulisi työtehtävien ja toimintatapojen suunnittelussa sekä ohjeistuksessa ennakoida väkivallan mahdollisuutta. Näin tilanteisiin ei reagoitaisi reaktiivisesti, vaan tilanne nähtäisiin kokonaisvaltaisemmin. (Clausen ym. 2013, Fujishiro ym. 2011, Pitkänen ym. 2009, Mattila ym. 2012, Mikkola 2013, Tiihonen ym. 2009, Välimäki ym. 2013, Rasimus 2002.) Esimerkki-ilmaisu alaluokasta väkivaltatilanteiden ennakointi työhyvinvoinnin edistäjänä

”Hoitajat pyrkivät ehkäisemään potilaiden väkivaltaa tulkitsemalla laukaisevia tekijöitä ja tätä kautta valmistamaan itseään kohtaamaan väkivaltainen potilas.” (Välimäki ym. 2013, 62).

Erityisen tärkeäksi hoitajat itse nostivat koulutuksen merkityksen työhyvinvoinnin edistäjänä. Valtaosa henkilöstöstä kaipasi koulutusta väkivaltatilanteiden ehkäisemisestä ja hallitsemisesta, sekä itsepuolustuskoulutusta kaiken tasoisessa koulutusvaiheessa ja perehdytyksessä. Kouluttautuminen nousi vahvimpana kehittämis ehdotuksena useista kirjallisuuskatsaukseen valituista julkaisuista. (Heponiemi ym. 2009, Välimäki ym. 2013, Pitkänen ym. 2009, Rasimus

2002, Currid 2009, Fagerström & Leino 2014, Mattila ym. 2012, Mikkola 2013.) AVEKKI -koulutuksella todettiin olleen hyviä tuloksia erityisesti psykiatrian toimialueella (Pitkänen ym. 2009).

Vartijan saatavuudella oli opinnäytetyön tuloksissa merkitystä työhyvinvoinnin edistäjänä työväkivaltaa kohdattaessa. Vartijan läsnäoloa kuvattiin useissa yksiköissä rauhoittavana ja ennaltaehkäisevänä turvallisuustekijänä. Vartijan läsnäolo nousi esiin päivystyspoliklinikoilla, jossa sitä kuvattiin merkityksellisimmäksi turvallisuusseikaksi. (Mikkola 2013, Rasimus 2002.)

Vartijan saatavuuden lisäksi myös väkivaltatilanteen jälkihoito nostettiin esiin päivystyspoliklinikoiden työväkivaltakysymyksissä. Väkivaltatilanteen jälkihoito liittyi opinnäytetyön tuloksissa osaksi työhyvinvoinnin edistämistä. Pelkoa aiheuttaneen tilanteen purkaminen ja keskustelu työtovereiden tai lähijohtajan kanssa koettiin arvokkaaksi ja hyvinvointia tukevaksi. Muun ohella työnhajauksen merkityksellisyys työhyvinvoinnille nousi esiin opinnäytetyön tuloksissa. Myös harrastukset, ystävät tai joskus sairasloma koettiin väkivaltatilanteen jälkihoitoksi. (Mikkola 2013, Rasimus 2002.)

Esimerkki-ilmaisu alaluokasta väkivaltatilanteen jälkihoito osana työhyvinvoinnin edistämistä: *”Turvattomuuden hallinnassa keskeistä on tilanteiden seurausten selvittäminen ja jälkihoito.”* (Rasimus 2002, 59).

6.4.2 Hyvien toimintatapojen kehittäminen työhyvinvoinnin edistämiseksi

Yläluokka hyvien toimintatapojen kehittäminen työhyvinvoinnin edistämiseksi muodostui alaluokista: johtamisen merkitys työväkivallan kohtaamisessa ja hyvinvoinnin edistämisessä, kehittämistoiminnan merkitys työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa, työsuojelun merkitys työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa ja yhteisökulttuurin merkitys työhyvinvoinnin edistämisessä työväkivaltaa kohdattaessa.

Johtaminen näyttäytyi tuloksissa vahvasti merkityksellisenä työväkivallan kohtaamisessa ja hoitajien hyvinvoinnin edistämisessä. Johdon tasolta kohdennettiin työvoimaresurssia, tiedotettiin, määriteltiin työtehtäviä, järjestettiin turvatoimia sekä turvallisuutta edistävää koulutusta. Lähijohdon tuki väkivaltatilanteiden selvittelyssä koettiin tärkeäksi. (Mattila ym. 2012, Heponiemi ym. 2009, Välimäki ym. 2013, Rasimus 2002, Sandelin 2007.)

Työyksikkökohtainen kehittämistoiminta, vaarojen ja kehitystarpeiden tunnistaminen, sekä konkreettiset toimintatapasuunnitelmat väkivaltatilanteiden varalle nähtiin hyvinvointia edistäviksi toimiksi. Tämä edellytti kehittämistä toimintatapojen lisäksi raportoinnin ja rakenteiden pohtimista uhka- ja väkivaltatilanteissa. (Välimäki ym. 2013, Heponiemi 2008, Eskola ym. 2009, Currid 2009, Rasimus 2002.) Alaluokasta kehittämistoiminnan merkitys työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa esimerkki-ilmaisu:

”Tieto auttaa tunnistamaan paremmin ne riskiryhmään kuuluvat työntekijät, jotka ovat vaarassa uupua työssään tai haluavat lähteä toisiin tehtäviin työstä johtuvan rasituksen vuoksi. Näiden hoitajien tunnistaminen auttaa kohdistamaan ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä juuri niihin, joilta puuttuu hallintakeinoja kohdata väkivaltaisia potilaita psykiatrisessa osastotyössä.” (Välimäki ym. 2013, 96).

Opinnäytetyön tuloksissa korostui myös yhteisökulttuurin merkitys työhyvinvoinnin edistämisessä työväkivaltaa kohdattaessa. Työyksiköiden turvallisuuskulttuuri ja väkivallan sallittavuus vaikutti koko yhteisön turvallisuuteen ja tukevuuteen. Tähän oli sidoksissa yleinen kulttuurinen käsitys siitä, millainen käytös on hyväksyttävää ja kuinka vakavasti turvallisuusohjeistukseen suhtaudutaan. (Mikkola 2013, Fagerström & Leino 2014, Fujishiro ym. 2011, Heponiemi 2008, Pitkänen ym. 2009, Sandelin 2007.) Lisäksi työsuojelun merkitys työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa havaittiin opinnäytetyön tuloksissa, erityisesti hankkeiden ja asian esiin nostamisen muodossa (Eskola ym. 2009, Rasimus 2002).

6.5 Tulosten yhteenveto

Opinnäytetyön tuloksissa hoitajien kohtaama työväkivalta näyttäytyi moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä. Hoitajat kohtasivat työväkivaltaa erimuotoisena ja sen kuormitus keskittyi pääasiassa tiettyihin työyksiköihin ja henkilöstöön. Tuloksissa todettiin, että hoitajan kohtaama työväkivalta oli vahvasti sidoksissa toimintaan ja kokemukseen. Lisäksi työväkivalta näyttäytyi johtamisen, yhteisön ja organisaation tasolla.

Työväkivalta oli opinnäytetyön tulosten mukaan esiintyvyydeltään paikoin yleistä ja moninaista tämän hetken terveydenhuollossa. Tulosten mukaan työväkivallan määrä jakautuu työpaikoittain palkansaajien keskuudessa siten, että väkivalta on paikoittain yleistä terveydenhuollossa, mutta kaikki hoitajat eivät lainkaan kohtaa työväkivaltaa. Tulokset osoittivat, että hoitajien työssä kohtaama väkivalta on lisääntynyt ja muuttunut ajan saatossa. Tuloksissa hoitajat kohtasivat työssään usein häirintää ja uhkailua ja joskus fyysistä ja henkistä väkivaltaa potilaan taholta. Paikoitellen hoitajat kohtasivat työssään myös omaisuuteen kohdistuvaa väkivaltaa.

Opinnäytetyön tuloksissa työväkivalta näyttäytyi monialaisesti yksilön, yhteisön, toimialan ja organisaation hyvinvointiin, terveyteen, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä. Työssä kohdatulla väkivallalla oli monialaisia vaikutuksia hoitajan hyvinvointiin ja terveyteen. Työväkivalta aiheutti tulosten mukaan hoitajille ahdistusta, epävarmuutta, stressiä, unettomuutta, kipua, suuttumusta ja fyysisiä vammoja. Toisinaan työväkivallan seurauksena näyttäytyi hoitajien työuupumusta ja sen todettiin heikentävän hoitajien työtyytyväisyyttä. Osalle hoitajista työväkivalta aiheutti vakavia seurauksia.

Työssä kohdattu väkivalta näyttäytyikin opinnäytetyön tuloksissa yleisesti turvattomuutta aiheuttavana ilmiönä, josta seurasi hoitajille pelkoa fyysisenä, psyykkisenä ja käytöksellisenä reagoitina. Hoitajat kokivat pelkoa paitsi itsensä myös toisen puolesta. Tulosten valossa työväkivallan seurauksena työ koettiin vaaralliseksi ja sen muodosti vakavasti otettavan hoitajan työn riskitekijän. Yksilöllisten seurausten lisäksi työssä kohdattu väkivalta näyttäytyi tuloksissa monialaisena yhteisön ja organisaation hyvinvointiin, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kehittämistoiminta osoittautui organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistäväksi tekijäksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitajien työhyvinvointia edisti tulosten mukaan organisaation mahdollistama kehitystoiminta ja hyvien toimintatapojen kehittäminen. Opinnäytetyön tulosten pohjalta on laadittu hoitotyöntekijöiden työhyvinvoinnin edistämiseksi kehittämissuunnitelma, johon on kerätty työhyvinvointia edistäviä tekijöitä ja toimintaa kohdattaessa työväkivaltaa.

7 POHDINTA

Pohdintaosuudessa käsitellään opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta, keskeiset tulokset, päätelmät ja tulosten hyödyntäminen sekä jatkotutkimusaiheet. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden tai asiakkaiden väkivaltaista käytöstä ja sen vaikutusta hoitohenkilökunnan hyvinvointiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on määritellä potilaiden tai asiakkaiden väkivaltaisuutta, sen esiintyvyyttä ja seurauksia hoitohenkilökunnan hyvinvointiin sosiaali- ja terveydenhuollon alalla tuottamalla aiheesta analysoitua ja tiivistettyä tietoa kirjallisuuskatsauksen muodossa. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää osaltaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyvää koulutusta ja hoitoa sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksen, raporttien ja kirjallisuuden pohjalta analysoidun tiedon avulla.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Kaila, Kuoppala & Mäkelä (2007, 63) toteavat pätevyyden eli validiteetin olevan opinnäytetyön, kuten minkä tahansa tutkimuksen tärkein ominaisuus. Sen avulla päätellään voiko tuloksiin luottaa ja ovatko tehdyt johtopäätökset oikeita. Myös Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta (2003, 612) esittävät, että tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa pohditaan, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Opinnäytetyössä tutkimuksen eettiset kysymykset lomittuvat koskemaan myös luotettavuutta, johdonmukaisuutta ja laatua. Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta (2003, 612) pohtivat laadullisen terveys-tutkimuksen eettisten kysymysten kohdentuvat ensinnäkin tutkimusaiheen eettiseen oikeutukseen ja toiseksi tutkimusaiheen arkaluonteisuuden ja tutkimukseen osallistuvien haavoittuvuuden arvioimiseen. Tämä opinnäytetyö mukailee laadullista järjestelmällistä kirjallisuuskatsausta ja tutkimusmateriaalina toimivat alkuperäiset tutkimusjulkaisut. Tutkittavana ei näin ollen ole yksittäiset ihmiset, joiden haavoittuvaisuutta tai yksityisyyden suojaa tulisi tutkimuseettisesti vaalia. Opinnäytetyön aihe nousee pyrkimyksestä kehittää käytännön hoito- ja koulutustyötä.

Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus on vaativa tutkimusmenetelmä, jonka tavoitteena on toteuttaa ja raportoida tutkimusprosessi mahdollisimman läpinäkyvästi ja toistettavasti (Pölkki, Kanste, Elo, Kääriäinen & Kyngäs 2012, 336, 338, 343, 346, Halme, Perälä & Laaksonen 2010, 44, 97). Tässä opinnäytetyössä pyritään seuraamaan järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita huomioiden tarjolla olevat resurssit, aineiston saatavuus ja käytettävissä olevan aikaan liittyvät kysymykset. Opinnäytetyönä toimiva kirjallisuuskatsaus ei kattavuudeltaan täytä tieteellisen järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen määritelmää, mutta siinä pyritään

järjestelmälliseen tiedonhakuun ja toistettavuuteen noudattaen mahdollisimman suurta läpinäkyvyyttä valintojen suhteen. (Autti-Rämö & Grahn 2007, 48.) Tämä opinnäytetyö on toteutettu yksin ja vailla aiempaa kokemusta tutkimusmenetelmästä. Kirjallisuuskatsaus on toiminut samalla oppimisprosessina ja se on toteutettu tutkimusmenetelmään mahdollisimman huolellisesti perehtyen. Nämä seikat voivat osaltaan vaikuttaa kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen. Tieteellisen järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseen vaaditaan vähintään kahta kokenutta ja toisistaan riippumatonta tutkijaa (Pölkki ym. 2012, 346, Hovi ym. 2011, 38).

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt julkaisut täyttivät ohjauksessa annetut metodillisesti laadukkaan tieteellisen julkaisun kriteerit ja ne oli valittu aihetta valaisevan sisältönsä vuoksi. Opinnäytetyön tuloksia arvioitaessa on huomioitava, että lähdeaineisto oli valittu harkinnanvaraisesti, poisjättökriteerit olivat opinnäytetyöntekijän valintoja ja aineisto analysoitu laadullisella sisällönanalyysillä. Käytettyjen termien erilaisuus ja ilmiön moniulotteisuus vaikeuttivat haun rajaamista. Asiantuntija avun voidaan arvioida edistävän kirjallisuuskatsauksen tulosten luotettavuutta (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49). Suoritetujen hakujen osuvuutta ja luotettavuutta on opinnäytetyössä pyritty parantamaan käyttämällä Laurean informaation ohjausta niin hakusanojen valinnoissa kuin hakujen luotettavuuden varmistamisessa. Haut ja aineiston läpikäyminen on tehty yksin, mutta niiden tuloksia läpikäyty sekä informaation että ohjaajan kanssa. Prosessin vaiheet on pyritty selvittämään läpinäkyvästi luotettavuuden lisäämiseksi (Häggman-Laitila & Pietilä 2008, 58).

Opinnäytetyön luotettavuutta voi heikentää myös julkaisemisharha, jolla tarkoitetaan kirjallisuuden edustavuuden vääristymää, joka ei aiheudu julkaisujen tieteellisen pätevyyden heikkouksista vaan julkaisutapoihin liittyvistä seikoista. Tämä julkaisemisharha voi johtaa kirjallisuuskatsauksissa väärin positiivisiin tuloksiin ja sitä voidaan ehkäistä etsimällä ns. harmaata kirjallisuutta ja julkaisemattomia lähteitä. (Mäkelä, M., Varonen, H. & Teperi, J. 1996). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voi vääristää myös kieliharha, mikäli käytetään esimerkiksi vain suomen tai englannin kielisiä teoksia (Pudas-Tähkä & Akselin 2007, 53.). Opinnäytetyössä ei ole mukana julkaisemattomia lähteitä ja kielivalinnat rajoittuvat suomen ja englanninkielisiin alkuperäistutkimuksiin, joita valitut hakutietokannat tarjosivat. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen haut ovat rajautuneet siihen materiaaliin, joka on ollut saatavilla Laurea ammattikorkeakoulun tietokantoja hyödyntämällä. Näin ollen haun tulos saattaisi olla erilainen eri organisaation kirjastoa hyväksikäyttäen.

Opinnäytetyön pätevyyttä on pyritty lisäämään ottamalla alkuperäistutkimuksiin mukaan kansainvälisiä tieteellisiä artikkeleja. Luotettavuuden kannalta haasteelliseksi nousi kansallisen ja kansainvälisen tutkimustiedon yhdistäminen, kulttuuri ja palvelujärjestelmien sekä termien eroavaisuus (Häggman-Laitila & Pietilä 2008, 58). Opinnäytetyön valinnoissa painottuivatkin

suomenkieliset julkaisut, liittyen osaltaan kansainvälisen termistön vaikeaselkoisuuteen ja osaltaan omaan kiinnostukseeni kerätä kattavasti tutkittua tietoa eri muotoisesti ja eri ympäristöissä toteutetusta hoitotyöstä. Tätä aineistoa oli sujuvimmin löydettävissä suomenkielisenä. Siten omat valintani painottivat tuloksissa Suomalaisesta hoitokulttuurista nousevia ilmiöitä ja tämä on huomioitava opinnäytetyön tuloksia arvioitaessa. Kansainvälisten tutkimusten ja terminologian ymmärtämisen apuna opinnäytetyöhön valittuja julkaisuja luetutettiin useammalla esilukijalla ja sanoja tarkennettiin käännösohjelman avulla.

Tutkimusaiheen valinta pohjautui työelämän kehittämistarpeeseen ja omaan osaamisalueeseen. Aiheen tuntemus ja ymmärrys käytännön hoitotodellisuudesta lisäävät opinnäytetyön luotettavuutta. Toisaalta aihepiirin tuttuus vaati huolellisuutta erityisesti analysointivaiheen suorittamisessa siten, että tulokset nousivat aineistoista, eikä niitä tulosten esitysmuodossa vääristelty. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 96 - 97) kyseenalaistavat tutkijan objektiivisuuden erityisesti aineistolähtöisten havaintojen suhteen, sillä tutkija asettaa itse tutkimuksessa käytettävät käsitteet, menetelmät ja tutkimusasetelman. Tietoisena oman kokemukseni, aiemman lukeneisuuteni ja valintojeni vähintäänkin piilotaajuudesta vaikutuksesta pyrin kunnioittamaan alkuperäistutkimuksia aineistoa analysoidessani ja toimimaan kirjauksessa tarkasti, jotta olennainen sisältö säilyy mahdollisimman muuttumattomana. Tarkkuus ja alkuperäisaineiston kunnioittaminen liittyvät olennaisesti kirjallisuuskatsauksen luotettavuuskysymyksiin (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6, Tuomi & Sarajärvi 2009; 108- 112, Tutkimuseettisen neuvottelukunta 2013, 6).

Opinnäytetyössä saatiin vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja aineistosta löydettiin yleiskuva hoitajien kohtaaman työväkivallan kompleksisuudesta. Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta (2003, 614) toteavat, että tutkimuksen ongelmalähtöinen hyödyntäminen merkitsee tutkimustiedon käyttöä esimerkiksi käytännön toiminnan muuttamisessa ja käsitteellinen hyödyntäminen tiedon käyttämistä oman ajattelun jäsentämisessä ja kehittämisessä. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat siten hyödynnettävissä sekä ongelmalähtöiseltä kannalta koulutustyössä että käsitteellisesti oman oivalluksen tukena.

7.2 Tulosten tarkastelu, päätelmät ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön aineiston analyysissä nousi esiin neljä pääluokkaa, jotka antoivat vastauksen asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Pääluokat muodostuivat analyysin tuottamista yläluokista. Tätä rakennetta kuvataan oheisessa taulukossa (Taulukko 6).

Taulukko 6: Hoitajan kohtaama työväkivalta seurauksineen kompleksisena ilmiönä

Yläluokat	Pääluokat
<ul style="list-style-type: none"> - Työväkivalta moniulotteisena ilmiönä - Hoitajan kohtaama työväkivalta erimuotoisena - Hoitajan kohtaaman väkivallan kuormitus keskittyy tiettyihin työyksiköihin ja henkilöstöön - Hoitajan kohtaaman väkivallan sidonnaisuus toimintaan ja kokemukseen - Työväkivallan näyttäytyminen johtamisen, yhteisön ja organisaation tasolla 	<p>Työväkivalta moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä</p>
<p>Työväkivalta paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa</p>	<p>Työväkivalta paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Työssä kohdattu väkivalta monialaisena hoitajan hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavana ilmiönä - Työssä kohdattu väkivalta monialaisena yhteisön ja organisaation hyvinvointiin, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä - Työssä kohdattu väkivalta yleisesti turvattomuutta aiheuttavana ilmiönä 	<p>Työväkivalta monialaisesti yksilön, yhteisön, toimialan ja organisaation hyvinvointiin, terveyteen, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Organisaation mahdollistama kehittämistoiminta työhyvinvoinnin edistämiseksi - Hyvien toimintatapojen kehittäminen työhyvinvoinnin edistämiseksi 	<p>Kehittämistoiminta organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistävänä tekijänä sosi-aali- ja terveydenhuollossa</p>

Työväkivallan vaikutus hoitajien työhyvinvointiin opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen aiheena osoittautui haasteelliseksi. Aiheeseen liittyvää tutkimusta löytyy pirstaleisena, työväkivallan muotoihin, toimialaan tai työpaikkaan sidottuna. Terveiden edistämisen tutkimus onkin usein kohdentunut yksittäisiin ilmiöihin (Häggman-Laitila & Pietilä 2008, 58). Hoitoalan koulutus on kuitenkin kokonaisvaltaista, ei niinkään kapea-alaista erikoistumista. Tästä syystä myös oma mielenkiintoni hoitajien kohtaaman työväkivallan vaikutuksista kohdistui hoitotyöhön kokonaisuudessaan. Halusin lähestyä aihetta avoimesti uutta etsien, kuitenkin hoitajan näkökulmaan rajautuen. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimukseen valikoituikin sekä kansallisia että kansainvälisiä tutkimuksia, tutkimuksia osasto-, poliklinikka- ja jalkautuvasta työstä. Sisäänottokriteerinä toimi julkaisun tieteellinen luotettavuus ja sen kyky vastata tutkimuskysymyksiin.

Opinnäytetyön päätuloksena voidaan pitää päätelmää, että hoitajan kohtaama työväkivalta seurauksineen on kompleksinen ilmiö. Opinnäytetyön tuloksissa työssä kohdattu väkivalta näyttäytyy moniulotteisena niin tekotapojen kuin seuraustenkin tasolla tarkasteltuna. Hoitajien kohtaama väkivalta jakautuu työpaikoittain, kaikki eivät välttämättä kohtaa työssään lainkaan väkivaltaa, jotkut hoitajista kohtaavat sitä usein. Työväkivallan seurauksissa on myös vaihtelua, toiset saavat pitkäkestoisia ja elämää kuormittavia oireita, useimmat selviävät vähemmällä. Työhyvinvointia edistävästä seikoista nousee opinnäytetyössä esiin ennakointi ja sen kautta erityisesti kouluttautuminen.

Opinnäytetyön tuloksissa työväkivalta näyttäytyi monimuotoisena, useimmin hoitaja kohtaa työssään häirintää ja uhkailua potilaiden taholta. Myös Saarela ja Isotalus (2000, 3324 - 3325) ovat todenneet solvausten ja sanallisten uhkausten olevan tavallisimpia väkivaltatilanteita terveydenhuollossa, mutta siellä esiintyvän myös tavaroiden heittäilyä, tönimistä, huitomista, lyömistä ja potkimista. Kajantie ja Vänskä (2006, 1124) arvioivat lähes viidenneksen lääkäreistä joutuvan vuosittain työväkivallan uhriksi, useimmiten uhkailun ja väkivalta kohdistui toimipaikasta riippuen usein nuoriin naislääkäreihin. Heidän mukaansa suurin osa väkivallasta kohdistuu terveydenhuollon vastaanottohenkilökuntaan, lääkintävahtimestareihin ja sairaanhoitajiin (Kajantie & Vänskä 2006, 1124).

Oma kiinnostukseni työväkivallan ja työhyvinvoinnin yhteydestä pohjautuu lastenpsykiatrisen sairaanhoitajan ja erityisesti aggression kohtaamiseen liittyvään kouluttajan työhöni. Aggressiivisten potilaiden herättämät vastatunteet ja eettisesti kestävä toimintatavan löytyminen olivat pontimina kouluttajakoulutukseen hakeutumisessa, ja halu kehittää koulutusta sekä itseä kouluttajana toimivat tämän opinnäytetyön motivaattorina. Opinnäytetyön tuloksissa todetaan, että hoitajien kohtaama väkivaltaisuus on moninaista ja hoitajat kaipaavat työväkivallan hallintaan keinoja sekä koulutusta. Väkivaltaisuuden lisäksi hoitajien omaan toimintaan, aggressiohallinnan ja pakon käyttämiseen osana hoitotyötä liittyy usein paljon tunteita

ja vastatunteita, sekä turtumisen ja vallankäytön mahdollisuutta (Kaltiala-Heino, Työläjärvi, Kahila, Niemi & Pilli 2004, 4020).

Sosiaali ja terveysministeriön kansallisessa kehittämisohjelmassa (2012, 31) nostetaan esiin huoli terveysalan henkilökunnan riittävydestä ja korostetaan toimia henkilöstön kouluttamiseksi. Väkivalta kuormittaa hoitohenkilöstöä ja vaikuttaa heidän halukkuuteensa vaihtaa työtä. Hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnin turvaamiseksi on tärkeää löytää keinoja potilaiden aggressiivisuuden vähentämiseksi. On todettu, että järjestelmällinen täydenniskoulutus alentaa hoitohenkilökunnan kuormittumista. Koulutuksen tulee valmistaa hoitajia kohtaamaan työelämän haasteita, kuten väkivaltaa. (Heponiemi ym. 2009, 17 - 18.)

Täydenniskoulutus tukee laadunhallintaa. Kurssimuotoisen koulutuksen etuna on edullisuus ja tehokkuus tiedon välittämisen näkökulmasta, sillä voidaan tavoittaa kerralla suuri joukko kuulijoita. Toisaalta kurssimuotoinen koulutus voi jäädä irralliseksi perustyöstä, eikä uutta tietoa ole helppo jalkauttaa, jos vain yksittäiset ihmiset työyhteisöistä osallistuvat koulutuksiin. Laadun parantamisen kannalta tehokkaampaa, tavoittavampaa ja taloudellista on tuoda täydenniskoulutus organisaation sisään ja räätälöidä se vastaamaan kunkin organisaation tai työyksiköiden tarpeita. Täydenniskoulutuksen teho paranee mitä suurempi osa työyhteisöstä koulutukseen osallistuu. Koulutuksen kytkeytyessä käytännön työhön mahdollistuu koulutukseen osallistujien oman toiminnan arviointi ja peilaus suhteessa koulutukseen, jolloin koulutus toimii laadun parantamistyön voimavarana. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 16.) Myös Pitkänen ym. (2009) totesivat koulutuksen tehokkuudeltaan parhaimmaksi silloin, kun koko työyksikkö koulutettiin samalla kertaa.

Psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta kerätään vuosittain tilastoa, jossa listataan joitain hoidossa käytettyjä pakkotoimia ja tahdosta riippumatonta hoitoa. Pakkotoimista tilastoidaan fyysinen kiinnipitäminen, tahdonvastainen injektio, eristys, lepositeiden käyttö ja tahdonvastaiset hoitopäivät. Vuoden 2012, tilaston mukaan lastenpsykiatrian potilailla eli alle 13 vuotiaille tahdonvastaisia hoitopäiviä ei psykiatriassa juurikaan esiinny, nuorisoikäisillä niitä vuonna 2012 oli 606 potilaalla ja täysi-ikäisillä 8211 psykiatrisella potilaalla. Alle 13 vuotiaista fyysisesti kiinnipidettiin 209 potilasta. Vanhemmilla potilailla käytettiin myös muita tahdosta riippumattomia hoitokeinoja, joskin nuorisoikäisillä verrattain vähän. (Fredriksson & Pelanteri 2014, 11 - 12.)

Pakkotoimien ja potilaiden tai omaisten väkivaltainen käyttäytyminen ovat kytköksissä toisiinsa. Mielenterveyslaki (1116/1990) ohjaa rajoitustoimien, pakon ja tahdonvastaisten hoitokeinojen käytöstä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, myös lastenpsykiatriassa. Useimmin sekä kirjallisuus että oma lastenpsykiatrinen arkikokemus kytkee pakkotoimet potilaiden väki-

valtaisuuteen, aggressiivisuuteen ja hoidon toteuttamiseen. Hoitoon sisältyy aina myös vallankäyttöä ja rajoittamistoimenpiteitä on mahdollista käyttää potilaan kontrolloimiseen, vaikka välitöntä väkivallan uhkaa ei olisikaan. Lepositeiden ja eristämisen käyttöön on liitetty yhtälailla potilaan häiritsevä käytös ja levottomuus. Tehokkain hoito aggressiotilanteisiin on kuitenkin ennalta valmistautuminen. (Finne-Soveri 2008, 8 - 9, 11.) Hoitajien kokemuksista liittyen väkivaltatilanteiden hallintaan eristämällä on mahdollista kerätä tietoa Suomessa kehitetyn mittarin avulla (Korkeila, Koivisto, Paavilainen & Kylmä 2014, 202 - 2016).

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut päämääräksi osaamisen kehittämisen sosiaali- ja terveydenhuollossa johtajuuden avulla. Tämä edellyttää henkilöstön osaamisen ja koulutustarpeiden arviointia. Osaamisen kehittämiseksi on tärkeä edistää työssä oppimista ja aikaansaada ammatillisia osaamiskokonaisuuksia. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012, 30 - 31.) Opinnäytetyön tuloksissa erityisesti lähijohtajan rooli hoitajien hyvinvoinnin tukemisessa työväkivaltaa kohdattaessa. Myös Saarela ja Isotalus (2000, 3323, 3325) nostavat esiin väkivaltariskien hallinnassa henkilöresurssoinnin, työnjaon, toimintaohjeet, seurannan, koulutuksen ja jälkihoidon, sekä yhteiset keskustelut ja yksilölliset kehittämistarpeet kunkin toimialan ja -pisteen mukaan. Räsänen (2010, 358) pohtii henkiseen ja fyysiseen väkivaltaan puuttumisen eroja työskentelykulttuurin tasolla ja nostaa esiin työterveyshuollon avun. Kaltiala-Heino ym. (2004, 4019) nostavat esiin lähijohtajan tehtävistä tärkeinä jälkipuintitilanteiden ja hoitohenkilökunnan mahdollisuuden omien kokemustensa pohtimiseen sekä integroimiseen järjestämisen myös ennakkoinnin näkökulmasta erityisesti hyvin väkivaltaisten fyysisten väliintulojen jälkeen. Saarela & Isotalus (2000, 3325) tuovat esiin koulutuksen, ohjeistuksen ja ennakkoinnin tärkeyttä työväkivallan hallinnassa. He nostavat myös esiin vartijan merkityksen ja pohtivat kotikäyntien turvaratkaisujen haastavuutta. Myös näihin turvallisuutta edistävien toimien mahdollistamisessa on lähijohtajalla suuri rooli. Nämä esiintyvät myös opinnäytetyön tuloksissa.

Väkivaltaan liittyvä toimintatapamallikoulutus on interventio, se haastaa ajattelemaan asiaa usealta eri näkökannalta. Koulutuksen, kuten muidenkin interventioiden vaikuttavuus, on riippuvaista motivaation heräämisestä muutokseen (Kaukiainen 2013, 19). Schablon ym. (2012) tutkimuksessa todettiin koulutuksen korreloivan positiivisesti sekä henkilökunnan kokemaan stressiin väkivaltatilanteissa että riskiin kohdata sanallista tai fyysistä väkivaltaa. He toteavat, ettei aiempi tutkimustieto tuo selvää näyttöä siitä, että kouluttautuminen väkivaltatilanteita varten vähentäisi numeraalisesti väkivaltaa, mutta kouluttautumisella on selvä yhteys siihen, kuinka henkilökunta selviytyy väkivallan kokemuksista. Schablon ym. (2012) nostavat esiin organisaation johdon strategisen valinnan siitä, että työryhmiä koulutetaan asianmukaisesti kohtaamaan väkivaltatilanteita. Perusteena tälle he pohtivat Hahn ym. aiempaa tutki-

musta, jossa todettiin, ettei henkilökunta välttämättä tunne oloaan turvallisemmaksi väkivaltilanteisiin liittyvän koulutuksen jälkeen, mikäli koulutus ei ole riittävää ja kytkeydy tarkasti omaan perustehtävään. (Schablon ym. 2012)

Opinnäytetyön tuloksissa hoitajille seuraa kohdatusta työväkivallasta fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia seurauksia. Erityisesti pelko ja turvattomuus nousevat esille. Aggressiivisen käyttäytymisen muodoista erityisesti sekasortoinen ja odottamaton aggressio on hoitotyössä erityisen pelottavaa, vaikkakin aggressio itsessäänkin on jo pelottavaa ja sen ilmenemismuodot usein vaihtelevat eri hoitoyksiköissä (Kaltiala-Heino, Työläjärv, Kahila, Niemi & Pilli 2004, 4019). Pelko on inhimillistä, mutta jos pelko ohjaa hoitotyön valintoja on vaara, että hoitotyö menettää osan inhimillisyyttään. Opinnäytetyön tuloksissa esiin nouseekin väkivallan seurauksia myös potilaalle itselleen, muille potilaille ja organisaatiolle. Pelkoa on mahdollista hallita valmistautumalla tilanteisiin esim. toimintatapamallin avulla.

Pelon lisäksi työssä kohdattu väkivaltainen käytös nostaa esiin suuttumusta, vihaakin. Kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa mainitaan kohdatun väkivallan aiheuttamasta rai-vosta ja kyynistymisestä, sekä perätään hoitajien oikeutta koskemattomuuteen. Väkivallan muoto ja hoidettava potilasryhmä vaikuttaa vahvasti sen esiin nostamiin tuntemuksiin. On helpompi sietää nyrkkiä heiluttavaa, uhkailevaa 3 vuotiasta, kuin vaikkapa päihtynyttä aikuista. Tästä huolimatta myös päihtyneen potilaan hyvä hoito tarkoittaa vuorovaikutusellista, ammatillista ja asiallista kohtelua, jonka tueksi hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävästi osaamista ja valmiutta sekä tarkoitukseen sopivat tilat (Koivunen, Hänti, Harju, Välimäki & Hakala 2014, 284). Myös muissa tutkimuksissa on pohdittu väkivaltatilanteiden ja pakkokeinojen käyttämisen herättämiä vastatunteita, turtumista ja vallankäytön vaaraa (Kaltiala-Heino, Työläjärv, Kahila, Niemi & Pilli 2004, 4020). Hoitajat kaipasivat työnsä tueksi toimintamallia ja aikaa kouluttautua sitä käyttämään. Myös sosiaali- ja terveysministeriö on pohtinut väkivallan kohtaamista hoitoalan työssä. Lasten ja nuorten käytöshäiriöiden Käypä hoito -suosituksesta ollaan tekemässä esitys Duodecimille, mutta myös väkivallan ja aggression ehkäisyn ja hallinnan Käypä hoito -suositukselle on tarvetta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 65).

Väkivallan kohtaaminen on subjektiivinen kokemus ja väkivallan ilmenemiseen vaikuttaa myös hoitajan oma käytös. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa työväkivaltaa on käsitelty laajana ilmiönä ja sitä on kuvattu monesta eri näkökulmasta, eikä sen määrittely ole yksinkertaista. Vuorovaikutustilanteiden monimutkaisuudesta johtuen jo arkielämän huomiona on nähtävissä, että se minkä toinen kokee loukkaavana tai vahingoittavana, voi toinen kokea huumorina tai mitättömänä tapahtumana. Näille tilanteille on usein ominaista myös vastavuoroisuus, jolloin toisen osapuolen toiminnalla on vaikutusta toiseen. Tosin useassa tutkimuksessa impulsiivisuus

ja päihteet nousivat vastavuoroisen vuorovaikutuksen esteeksi. Näissä tilanteissa hoitajan toiminnalla on merkitystä erityisesti itsesuojelun kannalta.

Opinnäytetyö keskittyi hoitajien kohtaamaan työväkivaltaan potilaiden tai asiakkaiden taholta, mutta myös hoitohenkilökunnan keskuudessa kiusaus nousi useassa tutkimuksessa esiin. Vartia (2007, 691) toteaa omassa tutkimuksessaan, ettei sosiaali-, terveydenhuolto- ja opetustyön työyhteisöissä suomalaisten ja maahanmuuttajien välillä ollut eroa kiusaamisen suhteen. Kiusaamisessa työyhteisökulttuuri on merkityksellisessä asemassa. Työyhteisökulttuurilla on vaikutusta tulosten mukaan myös eri toimijoille annettuihin rooleihin. Miesten altistumisen väkivallalle todetaan opinnäytetyön tuloksissa johtuvan paitsi miesten itsensä toiminnasta, myös työyhteisön luomista toimintatavoista. Strann, Suominen & Rantanen (2015, 61) toteavat, että päivystyspoliklinikan vahva työpaikkakulttuuri voi näyttäytyä vanhoina, muuttumattomina toimintamalleina.

Kansallisuuksia koskevaa eroavaisuutta näkyi opinnäytetyön tuloksissa. Esimerkiksi Suomessa on kiinnostuttu erityisesti työyhteisön keskinäisestä henkisestä väkivallasta, joka kuormittaa runsaasti (Sandelin 2007). Sitä vastoin Filippiineillä potilaan väkivaltaisuus kuormittaa enemmän, sillä potilasta vastaan ei koeta voitavan puolustautua kuten työtoveria vastaan (Fujishiro ym. 2011). Islannissa hoitajat taas raportoivat vähemmän häirintää verraten kansainvälisiä tutkimuksiin (Gunnarsdottira ym. 2006). Työhyvinvointiin, kuten yleensä ihmisen mielenterveyteen vaikuttavat yksilöllisten ominaisuuksien ohella myös yhteiskunta ja kulttuuri, jossa hän elää. Väkivallan uhka heikentää oleellisesti positiivista mielenterveyttä, jonka avulla voi selvittää paineisista tilanteista, saavuttaa elämäniloa ja optimaalista fyysistä terveyttä. (Haatainen 2009, 35, Kaakinen 2009, 33).

Opinnäytetyössä työväkivallalla on ajoittain vakavia seurauksia. Myös Saarela & Isotalus (2000, 3323, 3325) toteavat jo työssä kohdatun väkivallan uhkan kuormittavan henkisesti ja lisäävän siten työyhiytyvyyden laskun sekä työuupumuksen vaaraa, mutta fyysisen väkivallan voivan johtaa pahimmillaan jopa hengen menetykseen. Lääkäreiden kohtaamaa väkivaltaa tutkissaan Kajantie & Vänskä (2006, 1124) toteavat työpaikalla sattuneen väkivaltaisen teon vaikuttavan koko henkilöstön hyvinvointiin ja asiasta käydyn julkisen keskustelun vaikuttavan väkivallan mahdollisuuden tiedostamiseen.

Väkivaltatilanteiden kohtaamisessa tulisi huomioida myös potilasnäkökulma. Potilaan itsemääräämislaki on vielä valmisteilla. Osassa psykiatrisia osastoja on otettu käyttöön hoitotahto, jonka kautta hoitajat saavat tietoa potilaan toiveista ja voivat suunnitella työtään. Myös kokemusasiantuntijoiden käyttö on lisääntynyt psykiatriassa. On tärkeää kuulla ja kunnioittaa potilaan mielipidettä, mutta hoitotoimien valinnassa lopullisen päätöksen tekee lääkäri kliinisen arvionsa pohjalta. (Kataja 2013, 56, 58.) Työväkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy on myös

potilaan suojaamista. Uskon vahvasti, että valtaosa esim. lastenpsykiatrisista potilaista toimisi väkivallattomasti, mikäli osaisi ja voisi. Tällöin hoitajan on suojattava itseään ja sitä kautta myös potilasta, ehkäistävä väkivaltaa ja suunnattava aggressiota toisaalle hoitotyön keinoin.

Väkivalta näyttäytyy paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa opinnäytetyön tuloksissa. Väkivallan yleistyminen, raaistuminen ja sen jakautuminen kohdistumaan eri toimialoihin on kansainvälinen ilmiö. Erityisesti häirinnän ja uhkailun kohteeksi joudutaan usein päivystyspoliklinikoilla ja psykiatriassa, joissa kohdataan lisäksi jonkin verran fyysistä, henkistä ja omaisuuteen kohdistuvaa väkivaltaa potilaan taholta. Vanhustenhuollossa potilaiden väkivaltaisuus on moninaista. Toisaalta kaikilla toimialoilla hoitajat eivät kohtaa väkivaltaa. Kajantie & Vänskä (2006, 1124) ovat huomanneet väkivallan määrän jakautuvan työpaikoittain myös lääkärien keskuudessa siten, että lähes viidennes lääkäreistä oli joutunut työväkivallan uhriksi edeltävän vuoden aikana ja heistä fyysisen väkivallan kohteeksi oli joutunut noin joka sadas lääkäri. Terveydenhuollossa väkivallan määrä on kasvanut ja se kohdistuu terveydenhuollossa vastaanottohenkilökuntaan, lääkintävahtimestareihin ja sairaanhoitajiin. Näin pohdintaan nousee oletus väkivaltatapausten yleistymisen koskevan vain tiettyjä sektoreita ja työyksiköjä, mikä tarkoittaisi, ettei työväkivalta laajenisikaan koskemaan yhä suurempaa osaa lääkäreistä tai hoitajista, vaan samat työntekijät joutuisivat yhä useammin sen kohteeksi. Yhä useampi tiedostaa väkivallan kohteeksi joutumisen vaaran, joutuen osaltaan aiheesta käydyn julkisesta keskustelusta ja turvatoimien lisääntyneestä käytöstä. (Kajantie & Vänskä 2006, 1124.)

Opinnäytetyön tuloksissa psykiatria nousee toimialana esiin väkivaltaisten potilaiden kohdalla. Esimerkiksi nuorisopsykiatriassa väkivaltatilanteet ovat sekä terapeuttinen että henkilökunnan turvallisuutta uhkaava haaste. Vaikka väkivaltaisen käyttäytymisen riski on suurentunut moninaisissa nuorten mielenterveyden häiriöissä on muistettava, että valtaosa nuorisopsykiatrisista potilaista ei ole väkivaltaisia, eikä suuren yleisön ole aihetta leimata psykiatriasta hoitoa tarvitsevia nuoria. (Kaltiala-Heino, Ritakallio, & Lindberg 2008, 4328). Tosiasiallisesti psykiatriassa kohdataan väkivaltaisia asiakkaita, mikä tarkoittaa suuremman altistumisen lisäksi erityisosaamista, jota esimerkiksi oikeuspsykiatriassa on runsain mitoin. Psykiatriassa on myös pitkät perinteet väkivaltatilanteiden kohtaamiseen, hallintaan ja jälkiselvittelyyn. Se on toimialana kenties ainoa, jossa systemaattisesti käytössä työnohjaus osana hoitosuhteita ja tuke-
massa työhyvinvointia. Myös psykiatriassa eri ikäryhmien haasteet vaihtelevat. Lastenpsykiatriassa potilaiden ja perheiden vaikeahoitoisuus kuormittaa ja väkivaltaisuuden sietäminen potilaana olevien lasten sekä heitä kasvattavien aikuisten taholta on haastavaa. Rytönen (2013, 106 - 107) kehottaa auttajatahoja näkemään haastavan käytöksen taakse ja sietämään turhautumatta lasten, nuorten ja perheiden defensiivisyyttä ja epäluuloisuutta, sillä eritoten lapsiperheet ovat halukkaita saamaan tukea ja eritoten lapsuusvuosina valmiita sitoutumaan

avun piiriin. Näin mahdollistuu avun perustehtävä eli perheiden terveyden edistäminen ja sitä vaurioittavien tekijöiden ehkäiseminen, sekä etenkin lasten ja vanhempien omien voimavarojen säilyttäminen ja vahvistaminen (Rytönen 2013, 106 - 107).

Väkivaltatilanteessa hoitaja joutuu kohtaamaan tunnetasolla monenlaisia eettisiä haasteita, käytännön työ joudutaan läpiviemään joskus niukoillakin resursseilla. Eettiset valinnat ovat ongelmattomia vain juhlapuheissa, mutta niistä puhumista ei tulisi pelätä. Myös väkivallan kohtaamiseen liittyvät ristiriidat sisältävät eriäviä mielipiteitä siitä, mikä on oikein ja mikä väärin. Yhteisössä ei tulisi pelätä arvoriistiriitoja, vaan käsitellä väkivallan kohtaamista kuten muitakin ongelmia, etsiä syitä, tutkia seurauksia ja punnita etuja, haittoja, uhkia, mahdollisuuksia, vaihtoehtoja sekä taloudellisia ja inhimillisiä kustannuksia. Vain keskustelemalla työntekijöiden, esimiesten ja poliittisten päättäjien kesken voidaan löytää eettisiin ongelmiin ratkaisuja. Nämä ratkaisut tulee perustella hyvän hoidon ja palvelun, asianmukaisen johtamisen ja demokraattisen päätöksenteon hengen mukaisesti. (ETENE 2011, 10-11).

Työssä kohdattu potilaiden väkivaltainen käytös haastaa hoitajien lisäksi opinnäytetyön tulosten valossa myös hoitotyön johtajat. Myös Saarela & Isotalus (2000, 3323) nostavat väkivaltariskien hallinnasta erityisesti esiin perinteisesti lähijohtajalle kuuluvat työnjaon, toimintatapojen ja ohjeiden laatimisen, seurannan, jälkihoidon ja koulutuksen. Opinnäytetyön tuloksissa organisaation luomat riskienhallinnan toimintatavat työväkivaltatilanteissa vaihtelevat toimialoittain ja -paikoittain. Työnantajalla on vastuu työntekijöidensä turvallisuudesta. Työsuojelun lähtökohtana on ollut tapaturmien torjunta, johon on nykyisin liitetty myös työpaikkojen yhteistoiminta, henkinen työsuojelu sekä väkivallan ja kiusaamisen ehkäisy, jolloin työsuojelun on katsottu olevan osa laajempaa työhyvinvoinnin käsitettä (Salminen 2013,130). Aloilla, joilla korkea turvallisuus ja sosiaalinen hyväksyttävyys ovat toiminnan elinehtoja ja joiden toiminnassa on huomioitava asiakkaiden ja yhteiskunnan vaatimukset ja odotukset henkilöstöltä edellytetään korkeaa osaamista. Tällöin tarvitaan henkilöstöryhmien ja johdon välistä keskustelua sekä asiantuntijuutta arvostavaa ja turvallisuutta korostavaa toimintakulttuuria, jotta organisaatio pystyy reagoimaan ennakoimattomiin tilanteisiin ja korostamaan turvallisuutta kaikessa toimissa. Organisaation toiminnan näkökulmasta on merkityksellistä, miten se kykenee uudistumaan vastatakseen muuttuvan toimintaympäristön haasteisiin. (Pahkin, Kurki, Mäki & Lindström 2014, 7,6).

Johtaminen ja henkilöstön hyvinvoinnista huolehtiminen on parhaimmillaan johdon, henkilöstöhallinnon ja lähiesimiesten toisiaan tukevaa yhteistyötä (Pahkin, Kurki, Mäki, & Lindström 2014, 4). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelmassa (2012, 30) esitetään toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on vahvistaa johtajuutta. Johtamisen kautta pyritään edistämään potilaslähtöisiä toimintatapoja ja parantamaan henkilökunnan osallisuutta sekä työhyvinvointia. Väkivaltatilanteet tuovat haasteita hoitotyön johtamiselle, jonka vastuulla

on vaikuttavien ja asiakaskeskeisten palveluiden tuottaminen muutoksessa olevissa palvelurakenteissa. Esimiehen velvollisuutena on huolehtia työpaikan turvallisuudesta ja ohjata työntekijöitä suojautumaan väkivallalta ennaltaehkäisevästi. Toisaalta esimiehen on opastettava hoitotyöntekijöitä riittävän topakkaan toimintaan aggressiotilanteissa. Vain siten työntekijät voivat suojata itseään ja muita potilaita. (Finne-Soveri 2008, 11, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012, 30.)

Terveystenhuollossa johtamiseen sisältyy erityispiirteitä, esimerkiksi potilasturvallisuuden ja potilaan oikeuksien nivoutuminen työturvallisuuteen (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012, 30). Esimiestyöhön liittyvä johtamisen etiikka pitää sisällään julkisessa terveydenhuollossa julkisen alan vaatimukset, mm. lainsäädännön, hallinnolliset ja virkamieseettiset arvot ja niiden kunnioittamisen. Terveystenhuolto on asiantuntijayhteisö, jossa eettisesti hyvä johtaja huomioi ja ymmärtää toimintaympäristön erityislaadun sekä sen haasteet. Johtajan on tärkeä tunkea oman organisaation johtamiskulttuuri ja alaisten suhtautumistavat. Vaikka esimies on organisaationsa edustaja, on suhde alaisiin ja alaisten arvostus esimestyölle tärkeää. Lisäksi esimestyöhön kuuluu olennaisena asiakkaiden, potilaiden ja heidän omaistensa huomioiminen, arvostava ja inhimillinen kohtaaminen. Johtajalla on suuri merkitys työyhteisöjen eettiselle toiminnalle. Eettisesti hyvin toimiva yhteisö luo työhyvinvointia työntekijöille ja sitä kautta asiakkaille. Arvostusta osakseen saava, sitoutunut työntekijä sietää arjen haasteet ja omaa enemmän voimavaroja tukea työtovereitaan. (Ikola - Norrbacka 2010 182 - 187.)

Riskienhallinta kuuluu olennaisena osana organisaation strategiseen johtamiseen ja johdon vastuuseen turvallisuusjohtamisen ohella. Johtamisella ja lähiesimestyöllä on tärkeä merkitys työturvallisuuden suunnittelussa, kehittämisessä ja varmistamisessa sekä valvonnasta. Johdon rooli korostuu viestimisessä ja turvallisuuspoliittisissa linjauksissa ja tavoitteenasettelussa. Lähiesimestyön osa-alueena on henkilöstön osaamisen varmistaminen, työntekijöiden motiivointi ja koulutus työturvallisuuskäsitteistä. Esimestyön ohjeet ja johdon esimerkki luovat perustaa organisaation turvallisuuskulttuurille. Esimies hallinnoi resursseja ja pystyy sovittamaan yhteen eri ammattiryhmien osaamista myös työturvallisuuden osalta siten, että asiakkaiden ja potilaiden palvelu on mahdollista toteuttaa laadukkaasti, turvallisesti ja häiriöttä. (Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu 2011, 8 - 14.)

Lähijohdolla ja työyhteisöllä on vaikutusta työväkivallan ilmenemiseen. Hoitajat odottavat lähijohdolta väkivallan vähentämistä, resurssien suuntaamista, väkivaltatilanteisiin liittyvää koulutusta ja keskustelutukea väkivaltatilanteiden jälkeen. Räsänen (2010, 358) mukaan henkisen väkivallan osalta toimintamallit ovat erilaisia kuin fyysisen väkivallan osalta ja edellyttävät avointa, keskustelevaa ja asioihin tarttuvaa työskentelykulttuuria, jonka juurruttamisessa yhteistyökumppanina voi toimia myös työterveyshuolto. Myös Saarela ja Isotalus (2000,

3325) näkevät, että väkivaltariskien hallinnassa työyhteisön tuki, hyvä työilmapiiri ja hyvä tiedonkulku ovat tärkeitä taustatekijöitä. Työyhteisön yhteiset, säännölliset keskustelut auttavat suunnittelemaan parempia toimintatapoja ja turvallisuusratkaisuja. Lähijohdon tehokkaaseen väkivaltariskien hallintaan kuuluvat myös riittävät henkilöresurssit, työnjako, toimintatavat, toimintaohjeet, perehdyttäminen, koulutus, seuranta ja jälkihoito, sekä väkivaltatilanteisiin varautuminen rakenteellisten ratkaisujen ja turvatekniikan avulla. (Saarela & Isotalus 2000, 3323, 3325).

Huolimatta siitä, että väkivaltatilanteisiin varaudutaan ja väkivallan riskitekijöitä tunnetaan yhä paremmin, kuormittavat työväkivaltatilanteet hoitajan terveyttä ja hyvinvointia. Työpäikällä sattunut väkivaltainen teko vaikuttaa koko henkilöstön hyvinvointiin (Kajantie & Vänskä 2006, 1124). Opinnäytetyön tuloksissa työväkivallalla on seurauksia hoitohenkilökunnan sitoutumiseen sekä yksittäisen potilaan hoidossa että organisaation toiminnassa. Kyseessä on vakava asia, sillä työväkivalta voi pahimmillaan johtaa jopa hengen menetykseen ja jo väkivallan uhka kuormittaa työntekijöitä henkisesti ja saattaa lisätä työuupumusta sekä heikentää työviihtyvyyttä, mikä korostaa väkivaltatilanteiden ehkäisyn ja hallinnan merkitystä (Saarela & Isotalus 2000, 3325). Opinnäytetyön tuloksissa nostetaankin esiin myös työväkivallan taloudelliset seurauksia. Esimerkiksi työssä kohdatusta väkivallasta johtavat poissaolot aiheuttavat kustannuksia niin työntekijöille kuin työnantajillekin. Vuonna 2013 ihmisten, eläinten tai kasvien tilastoitiin aiheuttaneen 1442 työtapaturmaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla (Tapaturmavakuutuslaitosten liitto 2015).

Väkivaltatilanteiden jälkihoito on merkityksellistä niin hoitajien työhyvinvoinnin kuin toiminnan kehittämisen kannalta. Opinnäytetyön tuloksissa yksikkökohtainen ennakointi, toimintamallien ja hoitotyön kehittämistoiminta korostuu. Tämä on mahdollista, mikä tapahtuneista väkivaltatilanteista otetaan opiksi. Niissä tapauksissa, joissa tilanne väkivaltainen ja muodostuu henkilökunnalle traumaattiseksi tarvitaan erikseen henkilökunnan jälkipuintitilanteita, joissa pyritään mahdollistamaan henkilökunnan riittävästä mahdollisuudesta pohtia omia kokemuksiaan ja eheyttää eskaloitunut tapahtumasarja kokonaisuudeksi (Kaltiala-Heino ym. 2004, 4019). Työväkivallan kohtaamiseen liittyvissä toimintatapamalleissa väkivallan jälkihoito on yleensä huomioitu.

Opinnäytetyön tuloksissa kehittämistoimintaa mahdollistaa erityisesti väkivaltatilanteisiin liittyvä koulutus. Ennakoinnin näkökulmasta toivotaan tietoa väkivaltatilanteiden riskeistä ja väkivaltaa ennakoivista merkeistä. Kaltiala-Heino ym. (2004, 4019) toteavat, että yksittäisen potilaan kohdalla väkivaltatilanteet sisältävät yleensä joitakin säännönmukaisuuksia, joita voidaan oppia tunnistamaan ja enakoimaan. Minna Rytkösen väitöskirjassa (2013) paneudutaan vakavaa väkivaltaa tehneiden nuorten kehitykseen. Hänen mukaansa lasten ja nuorten

auttamiseksi on välttämätöntä ymmärtää, että nuorten kehityskulkuun vaikuttavat vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa lasten ja nuorten käyttäytyminen ja sosioemotionaaliset ominaisuudet sekä ympäristö. Vakavaa väkivaltaa tehneet nuoret eivät olleet homogeeninen ryhmä, eikä minkään yksittäisen riskitekijän tunnistaminen auta muuttamaan kehityskulkua, koska tällöin suuri joukko muita jää tunnistamatta. On tärkeämpää keskittyä pohtimaan sosiaali- ja terveydenhuollon auttajien ja muiden lähellä olevien aikuisten sekä nuoren tai perheen välisen vuorovaikutuksen laatua, asiakkaiden kohtaamista ja sitouttamista sekä heihin sitoutumista. (Rytkönen 2013, 97 - 98.)

Opinnäytetyön tulosten pohjalta on laadittu hoitotyöntekijöiden työhyvinvoinnin edistämiseksi kehittämissuunnitelma ja työväkivallan osalta tarvitaan vielä paljon kehittämistyötä. Jatko-tutkimuksessa olisi tärkeä pohtia vuorovaikutuksen ja kohtaamisen merkitystä työväkivaltatilanteissa, miten kuulemme eri osapuolia ja erilaisia näkemyksiä sekä mihin suuntaan aggression kohtaamiseen liittyvää koulutusta toivotaan kehitettävän. Erityisen tärkeää olisi tutkia lisää aggression kohtaamiseen kehitettyjen toimintatapamallien koulutuksen vaikuttavuutta.

8 HOITAJIEN TYÖHYVINVOINNIN KEHITTÄMISSUUNNITELMA TYÖVÄKIVALTATILANTEISSA

Opinnäytetyön tulosten pohjalta on laadittu hoitotyöntekijöiden työhyvinvoinnin edistämiseksi kehittämissuunnitelma, johon on kerätty työhyvinvointia edistäviä tekijöitä ja toimintaa kohdattaessa työväkivaltaa. Tässä kehittämissuunnitelmassa on kyseessä suuren organisaation näkökulmasta pieni, yksittäinen toiminnan uudistaminen ja kehittäminen. Joskus vähäiseltä muutokselta tuntuva muutos voi vaatia usean eri näkökulman ja henkilöiden huomioonottamisen, jotta muutoksesta saadaan työtä kehittävä ja toimiva (Hastrup, Rigoff, Päivärinne 2012, 6). AVEKKI - koulutukset ovat osa jokapäiväisen hoitotyön kehittämistä ja sen tarve nousee arjen konkreettisista haasteista, mutta useat kehittämissuunnitelman ehdotukset ovat esimiestasolle suunnattuja. Työyhteisöjen systemaattinen kehittämistyö on pääasiassa esimiesten vastuulla, jolloin heidän tehtävänään on paitsi mahdollistaa kehittämistyö ja kannustaa työyhteisöä ja työntekijöitä toiminnan kehittämiseen, myös valvoa sovittujen toimien toteutumista (Jääskeläinen 2013, 149).

Tätä kehittämissuunnitelmaa on tarkasteltu kehittämistoimintana. Rantanen ja Toikko (2009, 2) esittelevät kehittämistoiminnan rationaalisena prosessina, joka käsittää tarkoin määritellyt tavoitteet, perusteellisen suunnittelun ja näihin pohjautuvan toteutuksen, josta kehitettyjä toimintatapoja voidaan arvioida. Kehittämistoiminta on konkreettiseen muutokseen tähtäävää, tavoitelähtöistä ja käyttökelpoisuuteen pyrkivää toimintaa. Kehittämistoiminnan päämääränä on useimmin tuotteen tai toiminnan tehostaminen tai kehittäminen, vaikkakin myös työyhteisön tai organisaatioiden rakenteet, taikka yksilön ja organisaation oppiminen voivat olla kehittämisen kohteena. Kehittämistoiminnassa on kyse sananmukaisesti toiminnasta ja tavoitelähtöisyys on kehittämistoiminnan ytimenä. Kehittämistoiminnan käyttökelpoisuuden arvo ei ole yleistettävissä, vaan arvio tehdään yleisemmin siinä yrityksessä tai organisaatiossa, johon kehittämistoiminta on kohdistunut. (Rantanen & Toikko 2009, 2 - 4.). Oheisessa kehittämissuunnitelmassa (Taulukko 7) on kuvattu opinnäytetyön tuloksisiin nojautuvat keskeiset kehittämisehdotukset koskien hoitajien hyvinvointia edistävää toimintaa kohdattaessa työväkivaltaa.

Julkisten laitosten toimintaa ohjaavat yhteiskunnan ja asiakkaiden odotukset ja vaatimukset sekä yleinen sosiaalinen hyväksyttävyys (Pahkin, Kurki, Mäki & Lindström 2014, 7). Kehittämissuunnitelman kohteena oleva toimintatapakoulutuksen järjestäminen liittyy olennaisesti koko HUS organisaation strategiaan tavoitteisiin, joissa nostetaan esiin potilaslähtöinen hoito, potilaiden kohtelu ja yksilöllisyyden huomioiminen sekä lapsen ja perheen asema. Strategian toteuttamisen edellytyksenä mainitaan osaava ja motivoitunut henkilöstö. Tällöin kyseessä on paitsi riittävä työvoiman saatavuus, myös kehittämistoiminta. Strategiaan on kirjattu tavoitteita työhyvinvoinnista ja työsuojelusta sekä henkilökunnan täydennyskoulutuksesta. Samoin

strategia velvoittaa kehittämään palvelutuotantoa jatkuvasti ja toimintaa on kehitettävä yhdessä siten, että jokainen toiminta- ja tulossyksikkö sekä erikoisala vastaavat oman toimintansa kehittämisestä. (HUS:n strategia 2012-2016).

Kehittämistoiminta voi lähteä kansallisista tavoitteista, organisaation strategiasta, johtamisen kehittämisestä tai sitä voidaan käyttää vaikkapa suunnittelun tukena (Hastrup ym. 2012, 6). Tämän kehittämissuunnitelman tarve nousee käytännön tarpeesta kehittää väkivallan kohtamista lastenpsykiatriassa ja omaa aggression kohtaamiseen liittyvää kouluttamistyötä. Välimäki ym. (2013, 91) toteavat kehittämistarpeiden osoittamisen kokeneelle ja asiantuntevalle henkilöstölle olevan vaikeaa, eikä vuosien saatossa muotoutuneita käytänteitä ole vaivatonta muuttaa. Useat hoitotyön käytänteet pohjautuvat perinnetietoon, vierekkäin työskennellessä opittuihin toimintatapoihin. Kehittämistoimintaa voidaan Välimäen ym. (2013, 91) mukaan edistää oman toiminnan näkyväksi tekemisen ja sen laatukuoppien osoittamisen sekä jokapäiväistä työtä koskevan tiedon avulla tieteellisten löydösten sijaan. Tällöin on mahdollista havaita itse ongelmakohtat tai olla kuulemassa niitä suoraan ja motivoitua toiminnan kehittämiseen.

Kouluttajana hyödyn siitä, että omaan pitkän kokemuksen lastenpsykiatrisesta työstä ja väkivaltaisten, haastavien potilaiden kohtaamisesta. Arjen haasteet ja lastenpsykiatrinen todellisuus kuuluu näin substanssiosaamiseen. Tieteellinen ja järjestelmällisesti kerätty tieto on tärkeä pohja kehittämistoiminnalle, mutta toisaalta siinä voidaan tarvittaessa nojata myös kokemustietoon (Rantanen & Toikko 2009, 7). Vanhoja toimintatapoja kyseenalaistettaessa on arvioitava, voiko täysin ulkopuolinen asiantuntija nostaa kehittämistarpeita esiin vai onko yhteinen ymmärrys arjen hoitotyön todellisuudesta tarpeellista uusien ratkaisumahdollisuuksien löytämiseksi (Välimäki ym. 2013, 91).

Asiantuntijaorganisaatioissa, joihin erikoissairaanhoidokin lukeutuu, menestyksen kulmakivenä on osaamisen ja tiedon jakaminen, henkilökunnan korkea osaaminen ja motivaatio sekä koko työuran kestävä ammatillinen kehittyminen. Tämä edellyttää hyvää johtamista, kehittämistoiminnan tukemista, toimivaa palkitsemisjärjestelmää ja organisaation nykyisiä sekä tulevaisuuteen suuntautuvien kehittämistarpeiden tunnistamista. Johtamisen avulla on mahdollista vaikuttaa osaamisen kehittymiseen ja sen jakamiseen, organisaation turvallisuuskulttuuriin, työn tavoitteellisuuteen ja tukemaan henkilöstön työuria. (Pahkin ym. 2014, 4). Organisaation hoitotyön johto päättää suurimmat koulutukselliset linjaukset, mutta eri yksiköiden esimiehet ovat vastuussa kehittämisestä ja esimerkiksi tarvittavien AVEKKI koulutuksen kertauspäivien järjestämisestä. Näin ollen tässä kehittämissuunnitelmassa painottuu hoitotyön johdolle esitetyt kehittämis ehdotukset kohdistuen hoitajien työhyvinvoinnin edistämiseen työväkivaltaa

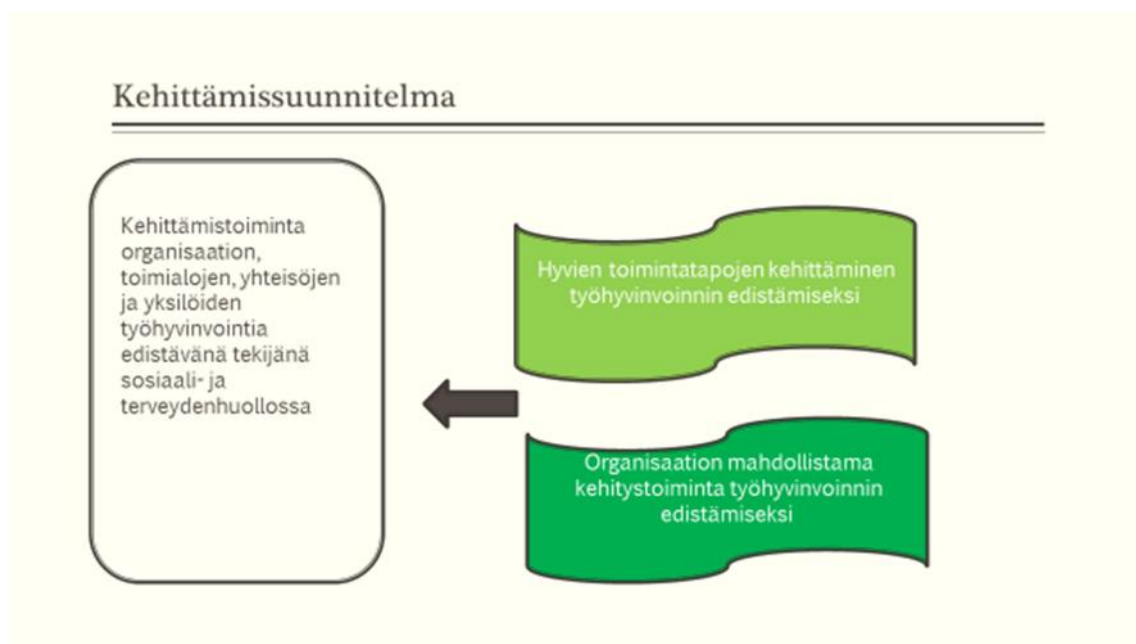
kohdattaessa. Kehittämistyössä tarvitaan usein uudenlaista otetta, jossa pystytään yhdistämään johdon strategiset linjaukset, tulevaisuuden visiot ja arkipäiväisten ongelmien ratkaiseminen (Virkkunen, Engeström, Pihlaja & Helle 2001, 13).

Työyhteisöjen järjestelmällinen kehittäminen on pääasiassa lähiesimiesten vastuulla, jolloin heidän tehtävänä on paitsi mahdollistaa kehittäminen ja kannustaa työyhteisöä ja työntekijöitä toiminnan kehittämiseen, myös valvoa sovittujen toimien toteutumista (Jääskeläinen 2013, 149). Kehittämistyöhön kouluttajana liittyy tiiviisti yhteistyö ylihoitajan ja eri yksiköiden esimiesten kanssa. Kaikessa kehittämisessä johdon tuki ja hallinnollinen, virallinen päätös mahdollistaa uusien käytänteiden syntymisen. Johdon tuella on mahdollista kiinnittää kehittämisyyöhön riittävä määrä resursseja, yhtenäistää käytänteitä ja antaa asialle riittävä painoarvo. Ennen kehittämisyyöhön ryhtymistä on syytä keskustella mahdollisuuksista viedä uudistuksia eteenpäin. Johdon sitoutuminen osoittaa sen, että uusia toimintamalleja on mahdollista kehittämisyyöhön avulla siirtää käytäntöön ja muuttaa konkreettisesti toimintaa. (Hastrup ym. 2012, 15, Pahkin ym. 11.)

Sekä koulutuksen järjestäminen että siihen osallistuminen on kehittämistoimintaa ja vaatii uudistumista. Kouluttaja ei voi arvioida eri yksiköiden koulutustarpeita, vaan yksiköt määrittelevät ne itse. Kehittämistoiminnan lähtökohtana on yhteinen ja syvälinen tavoitteenmäärittely, jossa luodaan haastava tulevaisuuden visio siitä, miten toimintaa on hyvä muuttaa vastaamaan sekä arjen haasteita että organisaation tavoitteita. (Pahkin ym. 2014, 9, Virkkunen ym. 2001, 14). Kehittämistoiminta edellyttää muutosvalmiutta ja oman toiminnan kriittistä tarkastelua (Pahkin ym. 2014, 11). Motivaatio toimintatapojen uudistamiseen syntyy itse toimintaan osallistuvien kohdattua ja tiedostettua muutoksen tarve ja havaittava siihen sisältyvä mahdollisuus. On hahmotettava toiminnan kokonaisuutta ja olemassa olevien toimintamallien yhteyttä arkityön ongelmiin sekä etsittävä niihin uusia konkreettisia ratkaisuja, joiden avulla voidaan siirtyä kohti uudenlaista toimintatapaa. (Virkkunen ym. 2001, 14 - 15.) Kehittämistyön yhtenä tärkeänä tavoitteena on löytää yhteinen suunta organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi ja arjesta nousevien ongelmien voittamiseksi (Pahkin ym. 2014, 9). Tässä kehittämissuunnitelmassa nostetaan esiin työhyvinvointia edistäviä asioita yhteisen keskustelun ja muutosmotivaation löytämiseksi.

Pahkin ym. (2014, 9) toteavatkin kehittämisyyöhön etenevän usein pienin askelin siten, että uusia toimintatapoja on mahdollista kokeilla, arvioida ja edelleen kehittää. Kehittämistoiminnan perusteellisuus ja huolellisuus mahdollistaa sen, että uusia käytäntöjä voidaan yhdessä arvioida ja edelleen jatkaa niiden kehittämistä (Rantanen & Toikko 2009, 2). Arviointi ja sitä kautta kehittäminen toimintatapamallin koulutuksen suuntaamisessa jatkuu tämän opinnäytetyönkin jälkeen edelleen.

Väkivallan kohtaaminen on useimmiten pelottava kokemus, mutta siihen on mahdollista varautua. Myös lastenpsykiatriassa esiintyy potilaista tai omaisista lähtevää väkivaltaa. Useimmiten lastenpsykiatriset potilaat mielletään pienikokoisiksi ja voimiltaan vähäisiksi, eikä heidän ajatella tekevän suurtakaan vastarintaa. Toisaalta juuri pieni koko tekee rajoittamisen haastavaksi, sillä tarkoituksena ei ole vahingoittaa tai tuottaa kipua. Hyvinvointi ja terveydenedistäminen tarvitsevat tuekseen tutkimusta ja käytännön kehittämistyötä. Työhyvinvoinnin edistämisen velvoite nousee lainsäädännöstä, mutta talouden realiteettien edessä sen tarpeellisuus ja hyödyllisyys on osoitettava toteen. Tämän kehittämissuunnitelman tärkeänä päämääränä on kehittää omaa toimintaa toimintatapamallin kouluttajana siten, että se edistää hoitotyöntekijöiden työhyvinvointia. Väkivaltatilanteiden uhatessa työhyvinvointia on tärkeää ylläpitää ja edistää niitä menetelmiä, jotka lisäävät työntekijöiden turvallisuuden tunnetta. Kertaluonteisella koulutuksella on mahdollonta varmistaa toiminnan laadunseurantaa ja turvallisten työmenetelmien käyttöä, kuten opinnäytetyön tuloksissa todetaan. Tästä syystä myös kertauskoulutukset ovat olennainen osa terveysuhkien torjuntaa ja työhyvinvoinnin edistämistä. Kehittämissuunnitelma (Kuvio 2) esitetään oman organisaation hoitotyön johdolle.



Kuvio 2 Opinnäytetyön kehittämissuunnitelma

Tätä kehittämissuunnitelman esitystä varten on avattava keskeisiä käsitteitä ja esittää pohjaksi yhteenvedot opinnäytetyn pääluokista. Keskustelun pohjaksi on yhdessä ymmärrettävä, kuinka hoitotyöntekijöiden hyvinvointia ja väkivallan vaikutuksia hoitotyöntekijöiden hyvinvointiin on kuvattu tutkimuksissa, tilastoissa ja raporteissa. Kouluttajan näkökulmasta mielenkiinto kohdistuu työhyvinvointia edistäviin ja väkivallan aiheuttamia terveysuhkia vähentäviin tekijöihin. Lisäksi potilasnäkökulma, toisten potilaiden suojaaminen ja aggressiivisen potilaan kunnioittava kohtelu nousee esiin opinnäytetyössä. Tässä opinnäytetyössä kerättyä tietoa on

mahdollista käyttää koulutustyössä ja sen suunnittelussa sekä kehittämistyössä yhteistyössä hoitotyön johdon kanssa.

Tätä kehittämissuunnitelmaa on edistetty ja arvioitu yhdessä AVEKKI kouluttajien muodostamassa kehitystiimissä. Suunnitelman pohjalta on tehty konkreettista suunnitelmaa koulutukseen liittyvästä ajanhallinnasta, käytännön järjestelyistä ja resursseista. Arviointi ja sitä kautta kehittämistyö jatkuu edelleen, säännöllisiä tapaamisia on varattuna kalenteriin. Omassa organisaatiossa myös hoitotyön johdon tasolla työväkivallan mahdollisuus on huomioitu ja sen ehkäisemiseksi on varattu hyvin resursseja. Talouden kiristyessä koulutukseen varattavien resurssien vähentäminen on mahdollista ja sitä ajatellen on tärkeä säilyttää hyvä ja säännöllinen puheyhteys johdon kanssa. Kehittämistyön yhtenä tärkeänä tavoitteena on löytää yhteinen suunta organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi ja arjesta nousevien ongelmien voittamiseksi (Pahkin ym. 2014, 9).

Kehittämistyössä on tärkeä tarkastella arjen toimimattomia tilanteita ja löytää niihin uusia toimintamalleja. Toisaalta kehittämistyössä ei tule unohtaa niitä seikkoja, jotka jo toimivat tai ovat kehittymässä toimivaan suuntaan. (Pahkin ym. 2014, 9). Näin ollen opinnäytetyön tuloksista nousevassa kehittämissuunnitelmassa tulee huomioida, että omassa organisaatiossa useita terveyttä edistäviä toimia on jo edistetty. Toimivuutta on syytä tarkastella säännöllisesti ja kehittämistoimintaa on tarkasteltava yksikkökohtaisesti. Joissakin yksiköissä työväkivallan mahdollisuus on huomioitu toisia paremmin. Kehittämistyö on monivaiheista ja tämä kehittämissuunnitelma on vain yksi osan kehityssykliä, jonka vaiheet saattavat viedä vuosia. Kehitys ei myöskään etene vaihe vaiheelta, vaan enemmänkin lapsen askelin eli yhden eteenpäin suuntautuneen askeleen jälkeen voidaan poiketa sivulla tai palata takaisin. Kehityksen kulku on usein arvaamatonta, siihen sisältyy erilaisia, kipeitäkin kriisejä ja murrosvaiheita. (Virkkunen ym. 2001, 15.) Silti laadunkehittämistyö on mielenkiintoista ja kannattavaa. Jatkossa olisikin tärkeä miettiä, kuinka koulutuksen vaikuttavuutta mitataan, miten kuulemme eri osapuolia ja erilaisia näkemyksiä ja mihin suuntaan koulutusta toivotaan kehitettävän.

Kehittämissuunnitelman pohjaksi esitetään yhteenvedot opinnäytetyön pääluokista: Työväkivalta moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä, työväkivalta paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa ja työväkivalta monialaisesti yksilön, yhteisön, toimialan ja organisaation hyvinvointiin, terveyteen, tuottavuuteen ja laadukkuuteen vaikuttavana ilmiönä. Erityisesti viimeksi mainittua kohtaa työväkivallan kompleksisista seurauksista on tärkeää pohtia silloin, kun kehittämistoiminnan tarkoituksena on suunnata ennaltaehkäisevään toimintaan.

Hoitajien työhyvinvoinnin edistämisen kehittämissuunnitelma työväkivaltatilanteissa rakentuu opinnäytetyön pääluokan: kehittämistoiminta organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistävänä tekijänä sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkasteluun konkreettisin jaotteluin. Nämä kehittämis ehdotukset on nostettu kirjallisuuskatsauksen julkaisuista sisällönanalyysin avulla löytyneistä terveyttä edistävistä ilmaisuista. Pääluokka koostuu yläluokista: hyvien toimintatapojen kehittäminen työhyvinvoinnin edistämiseksi ja organisaation mahdollistama kehittämistoiminta työhyvinvoinnin edistämiseksi. Nämä yläluokat alaluokkineen on kuvattu oheisessa kuviossa (Kuvio 3) ja niiden sisältö pilkottu lopussa olevaan taulukkoon (Taulukko 7).



Kuvio 3 Hoitajien työhyvinvoinnin edistäminen työväkivaltatilanteissa jaoteltuna

Kehittämissuunnitelmassa hyvien toimintatapojen kehittäminen työhyvinvoinnin edistämiseksi pitää sisällään seuraavat havainnot: psykiatriset osastot huomioineet työväkivallan riskin hyvinvoinnin edistämässä, väkivallanhallintataidot työhyvinvoinnin edistäjänä, väkivaltatilanteiden ennakointi työhyvinvoinnin edistäjänä, koulutuksen merkitys työhyvinvoinnin edistäjänä, vartijan saatavuuden merkitys työhyvinvoinnin edistäjänä työväkivaltaa kohdattaessa ja väkivaltatilanteen jälkihoito osana työhyvinvoinnin edistämistä.

Opinnäytetyön tuloksissa koulutuksen merkitys työhyvinvoinnin edistäjänä korostui ja kouluttaminen toimii kehittämissuunnitelman lähtökohtana. Kehityssuunnitelman lähtökohtana on, että kouluttautuminen mahdollistaa muut hyvinvointia edistävät tekijät. Väkivallan kohtaamiseen suuntautuva koulutus parantaa työntekijöiden hyvinvointia ja vähentää työuupumusta, koska koulutuksesta saadun tiedon avulla on mahdollista kehittää omaa työtään ja vaikuttaa näin myös itse työtyytyväisyyteensä. Koulutustarve lähtee henkilökunnasta sillä valtaosa hoitajista haluaa saada tietoa väkivaltaisen henkilön kohtaamisesta, väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisesta, ennalta ehkäisevästä toiminnasta, vaarallisuuden arvioinnista ja itsepuolustuskoulutusta. Koulutus mahdollistaa oman toiminnan parantamisen, aiemmasta opimisen ja oman toiminnan muuttamisen, eivätkä koulutustarpeet eronneet opinnäytetyön tuloksissa työpaikoittain. Kehittämissuunnitelma ei lähde reaktiivisuudesta, vaan hoitajien väkivaltakoulutukseen tulisi panostaa ennaltaehkäisevästi, sillä se voi vähentää fyysistä väkivaltaa. Väkivallan kohtaamiseen liittyvä koulutus voi toimia osana laadun ja työturvallisuuden hallintaa ja parhaimmat kokemukset koulutuksesta ovat niistä yksiköistä, joissa koko henkilökunta on koulutettu yhtä aikaa ja säännöllisesti. Tutkimusjulkaisuissa on todettu, että systemaattinen koko henkilöstöä, myös sijaisia, koskeva koulutus torjuu väkivaltaa. Kehittämistoimintaan liittyvässä koulutuksessa on huomioitava hoitajan oman käytöksen merkitys väkivaltatilanteissa ja tähän hoitajia olisi syytä valmistaa jo ammatillisessa opiskeluvaiheessa. Kehittämissuunnitelman päähuomio kohdistuu täydennyskoulutukseen, työtehtäväkohtaiseen koulutukseen ja perehdytykseen tehtävän turvallisesta suoritustavasta, riskien tunnistuksesta ja hallinnasta.

Kehittämissuunnitelma esitellään lastenpsykiatrian toimialalla. Psykiatria on toimialalana parhaiten varautunut työväkivallan kohtaamiseen ja siellä on mahdollista erikoistua vaativien tilanteiden hoitamiseen. Psykiatrisilla osastoilla on usein aiempaa tietoa potilashistoriassa esiintyneestä väkivaltaisesta käytöksestä ja näin väkivaltaa on mahdollista ennakoida sekä väkivaltatilanteisiin on mahdollista varautua. Psykiatrialla on huomioitu yleensä parhaiten turvallisuusnäkökohtia ja siellä on usein selkeät toimintaohjeet sekä järjestyttyä koulutusta väkivallan kohtaamiseen ja vähentämiseen. Tämän edellytyksenä on johdon tuki ja mahdollistavat riittävät resurssit käsitellä potilaiden arvaamatonta ja mahdollisesti väkivaltaista käyttäytymistä.

Kehittämissuunnitelmassa esitetään, että väkivallanhallintataidot toimivat työhyvinvoinnin edistäjänä, sillä hyvät väkivallanhallintataidot ehkäisevät vammoja niin potilaiden kuin hoitotyöntekijöiden osalta ja hoitajien työn hallinta edistää työhyvinvointia ja madaltaa stressiä. Vaativien tilanteiden ennakointi ja valmistautuminen on mahdollista tunnistamalla väkivaltaa laukaisevia tekijöitä. Väkivallanhallintataitoihin kuuluu riskien tunnistus, joka mahdollistaa varhaisen ja aktiivisen puuttumisen. Hallintataitoihin liittyy yksikkökohtainen suunnittelu, yhdessä ymmärretyt toimintaohjeet, pelisäännöt ja väkivaltaan varautuminen. Hallintataitoihin

sisältyvät asianmukaiset turvajärjestelyt, kunnossa olevat turvatoimet ja -laitteet, avun saamisen turvaaminen ja riittävä henkilöstöresurssi, joka mahdollistaa parityöskentelyn vaativissa tilanteissa. Hallintataidoissa korostuu myös työntekijöiden ilmoitusvelvollisuus. Hallintaitoja varten tarvitaan monipuolista ja säännöllistä koulutusta. Kouluttajana oma kehittämistyö liittyy kertauskoulutusten organisointiin ja sen tarvelähtöisyyden tarkasteluun.

Kehityssuunnitelmassa tärkeänä nousee esiin väkivaltatilanteiden ennakointi työhyvinvoinnin edistäjänä. Väkivaltaa ei ole mahdollista hoitotyöstä kokonaan poistaa, mutta sitä voidaan ehkäistä ennakolta huolehtimalla omasta ja muiden turvallisuudesta. Kehittämistyössä on huomioitava työyksikkökohtaiset ennaltaehkäisevät toimenpiteet ja tuki väkivaltaa kohdanneille, työn suunnittelu ja teknisten apuvälineiden hyödyntäminen. Lisäksi ennakointiin kuuluu työnjaon ja toimintatapojen sopiminen etukäteen kirjallisin toimintaohjein sekä vartijan tai työkaverin ottaminen ennakolta mukaan uhkaavaan tilanteeseen. Koulutus on tärkeää myös ennakkoinnin välineenä ja sitä kautta on mahdollista vähentää henkilöstön vaihtuvuutta. Erityisesti ensiapupoliklinikoilla, mutta myös muilla toimialoilla vartijan saatavuudella on merkitystä työhyvinvoinnin edistäjänä työväkivaltaa kohdattaessa ja se on huomioitu myös kehittämissuunnitelmassa. Hoitohenkilöstö kokee turvamiehen tai vartijan turvallisuutta tuottavaksi. Vartijan läsnäolo rauhoittaa ja usein ennalta-ehkäisee väkivaltatilanteiden kehittymistä.

Hyviin toimintatapoihin kehittämissuunnitelmassa kuuluu myös väkivaltatilanteen jälkihoito osana työhyvinvoinnin edistämistä. Väkivaltaa kohdattaessa jälkipuinnille järjestettävä aikaa jolloin mahdollistuu pelkotilanteen purkaminen ja käsitteleminen esimiehen tai työkavereiden kanssa. Tällöin on tärkeää selvittää väkivallan seurauksia ja järjestää tarvittaessa jälkihoito. Hyvinä toimintatapoina on huomioitu työnohjaus. Lisäksi joskus on turvauduttu sairaalateologin tukeen ja tarvittaessa sairaalomaan. Ennaltaehkäisevistä toiminnoista nousi esiin harrastustoiminnan tukeminen osana työhyvinvointia.

Kehittämissuunnitelmaan kuuluu olennaisesti organisaation mahdollistama kehittämistoiminta työhyvinvoinnin edistämiseksi. Tämä on muodostunut johtamisen merkityksestä työväkivallan kohtaamisessa ja hyvinvoinnin edistämisessä, kehittämistoiminnan merkityksestä työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa, työsuojelun merkityksestä työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa ja yhteisökuulttuurin merkityksestä työhyvinvoinnin edistämisessä työväkivaltaa kohdattaessa.

Kehittämissuunnitelmassa korostuu johtamisen merkitys työväkivallan kohtaamisessa. Tällöin johdon ymmärrys hoitotyön arjen ilmiöistä ja toimintakulttuurista on tärkeää ja se mahdollistuu johtamistoiminnan jalkautuessa. Johtamista tarvitaan resurssien kohdentamiseen, minimimiehityksen ja yksityöskentelykiellon määrittelyyn sekä työtehtävien uudelleen arvioimiseen väkivaltatilanteissa. Kehittämistyössä johdon osallistuminen on tärkeää tiedon-kulun ja käytänteiden leviämisen kannalta. Lähijohtaja on merkittävä turvallisuusasioiden edistäjänä ja korjaajana sekä turvallisuuden hallinnassa. Lähijohtaja toimii yleensä turvallisuuskoulutuksen ja turvatoimien järjestäjänä. Kehittämissuunnitelmassa tuodaan esiin, että lähijohtajan tuki ja kannustus, kuuntelu ja kiinnostus lisää turvallisuutta. Johtamistoimintaa tulisi kehittää siten, että kiinnitetään huomiota väkivallan vähentämiseen. Kehittämissuunnitelmassa esitetään, että lähijohtaja tukee henkilökuntaa huolehtimalla hyvästä perehdytyksestä, järjestämällä työpaikkakokouksia ja yhteisiä keskusteluja sekä huolehtimalla väkivaltatilanteiden käsittelystä jälkeenpäin.

Kehittämistoiminta on merkityksellistä työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa. Kehittämistoimintaa tarvitaan turvallisuustekijöiden lisäämiseksi ja potilasvuorovaikutuksen parantamiseksi ja ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kohdentamiseksi niihin, joita puuttuu hallintakeinoja väkivaltaisten potilaiden kohtaamiseen. Kehittämistoiminnalla mahdollistetaan henkilökunnalle ajantasainen tieto ja konkreettisia keinoja vastata potilaan käyttäytymisestä seuraaviin haasteisiin. Väkivaltatilanteista kerätty tieto toimii apuna kehittämistarpeiden kartoituksessa. Kehittämis- ja toimipidesuunnittelussa uhkatilanteisiin tulee huomioida hoitajien työhyvinvointi ja luoda toimintatapoja omavalvonnasta väkivaltariskien tunnistamisessa ja hallinnassa. Kehittämistoiminnan osana on riittävien valmiuksien saaminen väkivaltaa kohdattaessa: on huomioitava puutteita henkilöstömäärissä, fyysisissä rakenteissa, turvallisuutta valvovissa laitteissa, koulutuksessa ja riskien hallinnassa. Tärkeäksi osaksi nousee myös raportointiohjeistuksen ja traumaattisten tilanteiden jälkihoidon kehittäminen. Kehittämissuunnitelmassa työvälineeksi nostetaan kliininen työnohjaus.

Kehittämissuunnitelmassa huomioidaan työsuojelun merkitys työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa, koska työsuojelun toimivuudella on yhteyttä erityisesti henkisen väkivallan esiintymiseen. Työnantajien on huomioitava hoitohenkilökunnan altistuminen sukupuoliseen häirintään, väkivaltaan ja sen uhkaan osana työpaikkojen riskinarviointia. Tässä yhteydessä tulisi harjoittaa työsuojeluhallinnon, työturvallisuuskeskuksen ja työmarkkinajärjestöjen yhteistoimintaa.

Kehittämissuunnitelman on tarkoituksenmukaista jalkautua tarkastelemaan yhteiskulttuurin merkitystä työhyvinvoinnin edistämässä työväkivaltaa kohdattaessa. Jokaisella työyksiköllä

on omat toimintatapansa, jotka vakiintuvat ja muuttuvat herkästi perinnetiedoksi. Kehittämissuunnitelma rakentuu ajatukselle, että kouluttamistyössä edistetään sekä toimintojen kehittämistä että sitä kautta hoitotyöntekijöiden terveyttä ja hyvinvointia. Henkilöstökoulutuksen pääpainona on yhteisöjen turvallisuuskulttuurin kehittäminen. Kehittämistyössä voidaan laatia toimintaohjelmia. Tärkeimpänä turvallisuuskulttuurin kehittämisessä on yhteisön avoin keskustelu väkivaltatilanteista ja yhdessä ymmärretty toleranssi aggressiivisuuden sallimisessa. Keskustelu on välttämätöntä hoitajien sitoutumiseksi yhteiseen turvallisuuskulttuuriin. Tässä kehittämissuunnitelmassa huomio kiinnittyy erityisesti väkivallan riskissä olevien hoitajien hyvinvointiin ja työolosuhteisiin.

Taulukko 7: Hoitajien työhyvinvoinnin edistämisen kehittämissuunnitelma työväkivaltatilanteissa

Hyvien toimintatapojen kehittämisen työhyvinvoinnin edistämiseksi	Psykiatriset osastot huomioineet työväkivallan riskin hyvinvoinnin edistämisessä	<ul style="list-style-type: none"> - Aiempi tieto väkivaltaisesta käytöksestä ja ennakkoinnin mahdollisuus - Turvallisuusnäkökohtien huomioiminen - Erikoistuminen - Väkivaltatilanteisiin varautuminen - Selkeät toimintaohjeet - Koulutus vähentää väkivaltaa -Tuki ja riittävät resurssit käsitellä potilaiden arvaamatonta ja mahdollisesti väkivaltaista käyttäytymistä
	Väkivallanhallintataidot työhyvinvoinnin edistäjänä	<ul style="list-style-type: none"> - Hyvät väkivallanhallintataidot ehkäisevät vammoja - Ennakointi ja valmistautuminen mahdollista tunnistamalla väkivaltaa laukaisevia tekijöitä - Oman työn hallinta edistää työhyvinvointia ja madaltaa stressiä - Asianmukaiset turvajärjestelyt - Parityöskentely - Varhainen, aktiivinen puuttuminen - Riskien hallinta, tietoisuus väkivallan riskistä - Suunnittelu, toimintaohjeet, pelisäännöt ja varautuminen - Monipuolinen ja jatkuva koulutus - Riittävä henkilöstöresurssi - Kunnossa olevat turvatoimet ja -laitteet - Avun saannin turvaaminen - Työntekijöiden ilmoitusvelvollisuus

	<p>Väkivaltatilanteiden ennakointi työhyvinvoinnin edistäjänä</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Väkivaltaa ei hoitotyöstä voida kokonaan poistaa, mutta sitä voidaan ehkäistä ennakolta - Ehkäisemällä työväkivaltaa voidaan edistää ja parantaa hyvinvointia, huolehtia omasta ja muiden turvallisuudesta ja vähentää henkilöstön vaihtuvuutta - Työyksikkökohtaiset ennaltaehkäisevät toimenpiteet ja tuki väkivaltaa kohdanneille - Koulutus ennakoinnin välineenä - Työn suunnittelu ja tekniset apuvälineet - Työnjaon ja toimintatapojen sopiminen etukäteen kirjallisin toimintaohjein - Vartija tai työkaveri ennakolta mukaan uhkaavaan tilanteeseen
	<p>Koulutuksen merkitys työhyvinvoinnin edistäjänä</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Väkivaltaan valmistautuminen jo ammatillisessa opiskeluvaiheessa - Väkivaltakoulutus parantaa työntekijöiden hyvinvointia ja vähentää työuupumusta, koska koulutuksesta saadun tiedon avulla on mahdollista kehittää omaa työtään ja vaikuttaa näin myös itse työtyytyväisyyteen - Valtaosa hoitajista haluaa saada tietoa väkivaltaisen henkilön kohtaamisesta, väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisesta, ennalta ehkäisevästä toiminnasta, vaarallisuuden arvioinnista ja itsepuolustuskoulutusta - Koulutus mahdollistaa oman toiminnan parantamisen, aiemmasta oppimisen ja oman toiminnan muuttamisen - Koulutustarpeet eivät eronneet työpaikoittain - Hoitajien väkivaltakoulutukseen tulisi panna ennaltaehkäisevästi - Väkivallan kohtaamiseen liittyvä koulutus on osa laadun ja työturvallisuuden hallintaa - Kouluttaminen vähentää fyysistä väkivaltaa - Parhaimmat kokemukset koulutuksesta ovat niistä yksiköistä, joissa koko henkilökunta on koulutettu yhtä aikaa ja säännöllisesti - Systemaattinen koko henkilöstöä, myös sijaisia, koskeva koulutus torjuu väkivaltaa

		<ul style="list-style-type: none"> - Koulutuksessa on huomioitava hoitajan oman käytöksen merkitys väkivaltatilanteissa - Täydennyskoulutus, työtehtäväkohtainen koulutus ja perehdytys tehtävän turvallisesta suoritustavasta, riskien tunnistuksesta ja hallinnasta
	Vartijan saatavuuden merkitys työhyvinvoinnin edistäjänä työväkivaltaa kohdattaessa	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitohenkilöstö kokee turvamiehen tai vartijan turvallisuutta tuottavaksi - Vartijan läsnäolo rauhoittaa ja ennaltaehkäisee väkivaltatilanteiden kehittymistä
	Väkivaltatilanteen jälkihoito osana työhyvinvoinnin edistämistä	<ul style="list-style-type: none"> - Jälkipuinnille järjestettävä aikaa - Pelkotilanteen purkaminen ja käsittelemisen työkavereiden kanssa - Väkivallan seurausten selvittäminen ja jälkihoito - Työnohjaus - Joskus sairaalateologin tuki - Harrastustoiminnan tukeminen osana työhyvinvointia - Tarvittaessa sairausloma
Organisaation mahdollistama kehittämistoiminta työhyvinvoinnin edistämiseksi	Johtamisen merkitys työväkivallan kohtaamisessa ja hyvinvoinnin edistämisessä	<ul style="list-style-type: none"> - Johtamisessa tulisi kiinnittää huomio väkivallan vähentämiseen - Johdon ymmärrys hoitotyön arjen ilmiöistä ja toimintakulttuurista tärkeää - Johtamistoiminnan jalkautuminen - Resurssien kohdentaminen, minimimiehityksen ja yksintyöskentelykiellon määrittely sekä työtehtävien uudelleen arvioiminen väkivaltatilanteissa - Johtamistoiminnan kehittäminen - Johdon osallistuminen tärkeää tiedonkulun ja käytänteiden leviämisen kannalta - Lähijohtaja turvallisuuskoulutuksen ja turvatoimien järjestäjänä - Lähijohtaja turvallisuusasioiden edistäjä ja korjaaja - Lähijohtaja merkittävä turvallisuuden hallinnassa - Lähijohtajan tuki ja kannustus, kuuntelu ja kiinnostus lisää turvallisuutta - Lähijohtaja tukee henkilökuntaa huolehtimalla hyvästä perehdytyksestä, järjestämällä

		työpaikkakokouksia ja yhteisiä keskusteluja sekä huolehtimalla väkivaltatilanteiden käsittelystä jälkeenpäin
	Kehittämistoiminnan merkitys työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa	<ul style="list-style-type: none"> - Kehittämistoiminta turvallisuustekijöiden lisäämiseksi ja potilasvuorovaikutuksen parantamiseksi - Kehittämistoiminta ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kohdentamiseksi niihin, joita puuttuu hallintakeinoja väkivaltaisten potilaiden kohtaamiseen - Kehittämistoiminnalla henkilökunnalle ajantasainen tieto - Väkivaltatilanteista kerätty tieto kehittämistarpeiden kartoituksessa - Toimipidesuunnittelussa uhkatilanteisiin tulee huomioida hoitajien työhyvinvointi - Kehittämistoiminnalla konkreettiset keinot vastata potilaan käyttäytymisestä seuraaviin haasteisiin - Kehittämistoiminta toimintatapojen omavalvonnasta väkivaltariskien tunnistamisessa ja hallinnassa - Kehittämistoiminta riittävien valmiuksien saamiseksi väkivaltaa kohdattaessa: huomioitava puutteita henkilöstömäärissä, fyysisissä rakenteissa, turvallisuutta valvovissa laitteissa, koulutuksessa ja riskien hallinnassa - Raportointiohjeistuksen kehittäminen - Traumaattisten tilanteiden jälkihoidon kehittäminen - Kliininen työnohjaus
	Työsuojelun merkitys työhyvinvoinnin edistämiseksi työväkivaltaa kohdattaessa	<ul style="list-style-type: none"> - Työnantajien huomioitava altistuminen sukupuoliseen häirintään, väkivaltaan ja sen uhkaan osana työpaikkojen riskinarviointia - Työsuojelun toimivuudella yhteys henkisen väkivallan esiintymiseen - Työsuojeluhallinto, työturvallisuuskeskus ja työmarkkinajärjestöt yhteistoiminta

	<p>Yhteiskulttuurin merkitys työhyvinvoinnin edistä- misessä työväkivaltaa kohdattaessa</p>	<ul style="list-style-type: none">- Turvallisuuskulttuurin kehittäminen- Toimintaohjelmat- Henkilöstökoulutus- Avoin keskustelu väkivaltatilanteista- Toleranssi aggressiivisuuden sallimisessa- Huomio väkivallan riskissä olevien toimialo- jen hoitajien hyvinvointiin ja työolosuhteisiin
--	---	--

Lähteet

- Aalto, A-M., Elovainio, M., Heponiemi, T., Hietapakka, L., Kuusio, H. & Lämsä, R. 2013. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa - Haasteet ja mahdollisuudet. THL 2013. Raportti: 2013_007
- Autti-Rämö, I. & Grahn, R. 2007. Kirjallisuushaku. Teoksessa Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Toim. Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino, 46 - 61.
- Clausen, T. Høgh, A., Carneiro Gomes, I. & Borg, V. 2013. Does psychological well-being mediate the association between experiences of acts of offensive behaviour and turnover among care workers? A longitudinal analysis. *Journal of Advanced Nursing* 69:6, 1301-13.
- Currid T. 2009. Experiences of stress among nurses in acute mental health settings. *Nursing Standard* 23:44, 40-6.
- Eduskunta - valtiopäiväasiakirjat 2008. Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuja. 26.6.2008. Dnro 4171/4/06. Erityistä hoitoa tarvitsevan lapsen rauhoittaminen kiinnipitämällä päiväkodissa. Ratkaisija: Oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio.
- Ellonen, N. 2008. Väkivalta instituutioissa. Raportissa: Ellonen, N., Kääriäinen, J. Salmi, V. & Sariola, H. 2008. Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset: Tutkimus peruskoulun 6. ja 9. luokan oppilaiden kokemasta väkivallasta, 115 - 123. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 71/2008. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 87.
- Eskola, K., Huuhtanen, P., Kandolin, I. 2009. Psykososiaalisten työolojen kehitys vuosina 1997-2008. Helsinki : Sosiaali- ja terveysministeriö.
- ETENE 2011. ETENE - julkaisuja: 32. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- ETENE 2012. ETENE-julkaisuja 35. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Euroopan komissio 2005. Vihreä kirja. Väestön mielenterveyden parantaminen - Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fi.pdf
- EU 2008. Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus. EU:n korkean tason konferenssi. Yhdessä mielenterveyden ja hyvinvoinnin puolesta. 12. -13.6.2008. Bryssel.
- Fagerström, V. & Leino, T. 2014. Väkivalta ja sen uhka kotihoitotyössä - työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä. Hankeraportti. Työterveyslaitos.
- Finne-Soveri, H. 2008. Aggressiivisen asiakkaan hoidon järjestäminen ja palvelujen ohjaus. Helsinki: Stakes/THL.
- Fossum, K. 2005. Hullujenhuone. LIKE, Helsinki.
- Fredriksson, S. & Pelanteri, S. 2014. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2012. Tilastoraportti 5/2014. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2014. THL.
- Fujishiro, K., Gee, G. C. & de Castro, A. B. 2011. Associations of Workplace Aggression With Work-Related Well-Being Among Nurses in the Philippines. *American Journal of Public Health* 101:5, 861-867.

Gunnarsdottira, H. K., Sveinsdottira, H., Bernburgc, J G., Fridriksdottirc, H., & Tomassona, K. 2006. Lifestyle. harassment at work and self-assessed health of female flight attendants, nurses and teachers. *Work* 27: 2, 165-72.

Haatainen, K. 2009. Mielenterveyden edistämisen koulutus. Teoksessa *Mieli 2009*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 5/2009, Helsinki, 35.

Hallintolaki. 6.6.2003/434. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434#O1>

Halme, N., Perälä, M-L., & Laaksonen, C. 2010. Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa. Järjestelmällinen katsaus. Raportti 10/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Heponiemi, T., Sinervo, T., Kuokkanen, L., Perälä, M-L., Laaksonen, K. & Elovainio, M. 2009. Sairaanhoidajien kokemus väkivalta ja halu vaihtaa työtä. *Tutkiva hoitotyö* 7: 1, 11-19.

Heponiemi, T., Sinervo, T., Räsänen, K., Vänskä, J., Halila, H. & Elovainio, M. 2008. Lääkärien ja sairaanhoidajien hyvinvointi ja terveys - laaja kohorttitutkimus -hankkeen loppuraportti 2008. Raportteja / Stakes : 35/2008.

Hastrup, A., Rigoff, A-M. & Päivärinne, M. 2012. Hyvinvointitiedon hyödyntäminen lasten ja nuorten palveluja tuottaessa - mallina neuvolan laaja terveystarkastus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 11/2012. Tampere.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hovi, S-L., Saranto, K., Korhonen, T., Korhonen, A. & Holopainen, A. 2011. Järjestelmällinen katsaus on paljon muutakin kuin tiedonhaku. Puheenvuoro. *Tutkiva Hoitotyö* 9:2, 37 - 38.

HUS:n strategia 2012-2016. Edelläkävijä - vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>

Häggman-Laitila, A. & Pietilä, AM. 2008. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2007: 44, 47-62.

Ikola - Norrbacka, R. 2010. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa: Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professiossa. Väitöstudium. *Acta Wasaensia*, 222. Vaasan yliopisto, Filosofinen tiedekunta, Julkisojohtaminen.

Joanna Briggs Institute 2014. Viitattu 23.10.2014 <http://www.hotus.fi/jbi-fi/jarjestelmalliset-katsaukset>

Jokelan koulusurmat 7.11.2007. Tutkintalautakunnan raportti. Oikeusministeriön julkaisu 2009:2.

Jääskeläinen, A. 2013. Työyhteisön hyvinvoinnin kehittäminen osallistavilla menetelmillä: toimintatutkimus työhyvinvoinnin kehittämisprosesseista vanhus- ja vammaispalveluja tuottavissa työyhteisöissä Sallassa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Lappeenensis* 117. Lapin yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta.

Kaakinen, S. 2009. Mielenterveyden koulutus - taitajaksi vai tietäjäksi? Teoksessa *Mieli 2009*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 5/2009, Helsinki, 33.

Kaila, M., Kuoppala, J. & Mäkelä, M. 2007. Tutkimustiedon kriittinen arviointi. Teoksessa *Menetelmien arviointi terveydenhuollossa*. Toim. Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino, 62 - 81.

Kajantie, M. & Vänskä, J. 2006 Työpaikkaväkivalta kohdistuu nuoriin lääkäreihin. Suomen Lääkärilehti 10: 61, 1121 - 1125.

Kaltiala-Heino, R., Ritakallio, M. & Lindberg, N. 2008. Nuorten mielenterveyden häiriöt ja väkivaltaisen käyttäytyminen, Suomen Lääkärilehti 49:63, 4321 - 4329

Kaltiala-Heino, R., Työläjärvi, M., Kahila, K. Niemi, S. & Pilli, M. 2004. Vaativien kiihtymystilanteiden evaluointi ja aggressionhallinnan parantaminen psykiatrisella osastolla. Suomen Lääkärilehti 59:42, 4017 - 4021.

Karhula, K., Puttonen, S., Vuori, M., Sallinen, M., Hyvärinen, H. K., Kalakoski, V. & Härmä, M.. 2011. Työstressi ja uni hoitotyössä. Työstressin ja työaikajärjestelyjen vaikutukset uneen, kuormittumiseen ja toimintakykyyn terveydenhuoltoalan ammattilaisilla. Työympäristötutkimuksen Raporttisarja 63. Työterveyslaitos.

Kataja, M. 2013. Kun aggressio on arkipäivää. Premissi 6/2013, 51 - 58.

Kaukiainen, A. 2013. Työikäisille kohdennetut suositukset osana työkyvyn tukemista. Toimintakyky työikäisillä - asiantuntijaryhmä, TOIMIA -seminaari 31.1.2013. Viitattu 30.4.2014. http://www.toimia.fi/img/Kaukiainen_Toimia_seminaari_2013.pdf

Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. 2013. Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Työterveyslaitos. Helsinki.

Keskinen, S. 2005. Perheammattilaiset ja väkivaltatyön ristiriidat. Sukupuoli, valta ja kielelliset käytännöt. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.

Khan, SK., Kunz, R., Kleijnen, J. & Antes, G. 2003. Five steps to conducting a systematic review. Journal of the Royal Society of Medicine 96:3, 118-121.

Koivunen, M., Hänti, J., Harju, S. Välimäki, M. & Hakala, T. 2014. Päihtyneenä päivystyksessä - Saako potilas hyvää hoitoa ja kohtelua. Hoitotiede 26:2, 275-286.

Korkeila, H., Koivisto, A-M., Paavilainen, E. & Kylmä, J. 2014. Hoitotyöntekijöiden kokemukset potilaan eristämisestä sairaalahoidon aikana - eristämiskokemusmittarin (EKM) kehittämisen ja pilotointi” Hoitotiede 26:3, 202 - 216.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? Duodecim 119:609-615.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11:1, 3 - 12.

Kääriäinen M. & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18:1, 37 - 45.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (785/1992). 17.8.1992/785. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 22.9.2000/812. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812#L1P1>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lastensuojelulaki>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki, 21 - 43.

Lehto, A-M. & Sutela, H. Työolojen kolme vuosikymmentä: Työolotutkimusten tuloksia 1977-2008. Tilastokeskus.

Mattila, S., Lappalainen, J. & Aaltonen, M. 2012. Korkean riskin työpaikkojen tunnuspiirteiden määrittäminen. Delfoi-tutkimus. Työterveyslaitos.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mikkola, R. 2013. Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikoilla. Malli pelosta selviytymisestä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print, Tampere.

Mäkelä, M., Varonen, H. & Teperi, J. 1996. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 112:21, 1999.

Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolkua: Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto, Stakes ja Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Helsinki.

Pahkin, K., Kurki, A-L., Mäki, E. & Lindström, S. 2014. Kohti yhtenäisiä henkilöstövoimavarojen johtamiskäytäntöjä. Opas johtamiskäytäntöjen arvioimiseksi ja kehittämiseksi turvallisuuskriittisessä organisaatiossa. Työterveyslaitos ja Aalto-yliopisto.

Piispa, M. & Hulkko, L. 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010. Työturvallisuuskeskus TTK.

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.

Pitkänen, M., Haatainen, K., Pietarinen-Lyytinen, R. & Hoffren, H. 2009. Fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun esiintyminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2003 ja 2008. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja. Publication Series of the Hospital District of Northern Savo. No 72 / 2009.

Porvoo 2013. Lapsen fyysinen rajoittaminen varhaiskasvatuspalveluissa. Sivistyslautakunta 29.10.2013. <http://porvoo01.hosting.documenta.fi/kokous/20138864-6-1.PDF>

Pudas - Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 46-57.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Pölkki, T., Kanste, O., Elo, S., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2012. Järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten metodologinen laatu: katsaus kansainvälisiin ja kansallisiin hoitotieteen julkaisuihin vuodelta 2009 - 2010. Hoitotiede 24:4, 335 - 348.

Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. <http://www.uasjournal.fi/index.php/kever/article/viewFile/1088/919>

Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet 98.

Rikoksentorjuntaneuvosto 2014. Oikeusministeriö. Julkaistu 31.1.2014. <http://www.vakival-lanvahentaminen.fi/fi/index.html>.

Rikoslaki. 39/1889. 19.12.1889/39. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#L1>

Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu 2011. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuussuunnittelijoille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Rytönen, M. 2013. Kehityskulkuja ja väliintuloja. Ekologinen näkökulma vakavan väkivallanteon tehneen nuoren sosioemotionaalisen terveyden kehitykseen. Hoitotieteen laitos, Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Räsänen, K. 2010. Työpaikkaväkivalta lääkärin työssä. Suomen Lääkärilehti 5:65, 358.

Saarela, L. & Isotalus, N. 2000. Väkivaltatilanteet ja niihin varautuminen terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 34:55, 3323 - 3326.

Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 23:1, 46 - 56.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 28.9.1996. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4.

Salminen, S. 2013. Työsuojelelusta työhyvinvointiin. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Teema: 17, Tampere.

Sandelin, P. 2007. Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä. Väitöskirja, Oulun yliopisto.

Schablon, A., Zeh, A. Wendeler, D. Peters, C. Wohler, C., Harling, M. & Nienhaus, A. 2012. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. BMJ Open 2012;2. <http://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001420.full>

Sirén, R., Aaltonen, M. & Kääriäinen, J. 2010. Suomalaisten väkivaltakokemukset 1980–2009. Kansallisen uhritutkimuksen tuloksia. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tiedonantoja 103. Helsinki.

Sosiaalihuoltolaki. (710/1982). 17.9.1982/710. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012. KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yhdistyneiden Kansakuntien vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus - Vammaisia tulee kohdella samalla tavalla kuin muita ihmisiä. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2007:4 selkokieli.

STM 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuussuunnittelijoille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:15. Helsinki.

STM 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:21. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Helsinki.

STM 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:17. Väkivallan uhka työelämässä. Työturvallisuussäännöksiä valmisteleva neuvottelukunta Väkivallan uhka- jaoston raportti. Helsinki.

Strann, P., Suominen, T. & Rantanen, A. 2015. Päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuuri hoitotyön lähiesimiesten kuvaamana. *Hoitotiede* 27:1, 53 - 63.

Suomen perustuslaki. 731/1999. 11.6.1999/731. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki>

SuPerin selvityksiä 2012. Lähi- ja perushoitajien työhyvinvointi 2012. Jaksamisen rajat tulee työssä vastaan. Huoli hoidon laadusta painaa.

Superin selvityksiä 2013. Joustakaa, joustakaa - Kyllä te pärjätte. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin selvitys päivähoiton tilasta 2013.

Taattola, S. 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta - sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita AVEKKI kouluttajakoulutuksesta. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Taipale, J. & Välimäki, M. 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä - katsaus kirjallisuuteen. *Hoitotiede* 4:2002, 167 - 179.

Tapaturmavakuutuslaitosten liitto 2015. Viitattu 11.4.2015. <http://www.tvl.fi/fi/>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 . Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tiihonen, K. 2009. Väkivallan esiintyminen ja vaikutukset oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. *Tutkiva hoitotyö* 7: 1, 4-10

Timlin, U. & Kyngäs, H. 2008. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 20:4, 182 - 191.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen ohjeistus.

Työterveyshuoltolaki 1383/2001. 21.12.2001/1383. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Työturvallisuuslaki 738/2002. 23.8.2002/738. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johanson, K. Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A: 51/2007. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto.

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Hoitotahto. Viitattu 15.4.2014
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto

Vartia, M. 2007. Työpaikkakiusaaminen monikulttuurisissa työyhteisöissä. Teoksessa Vartia, M. (toim.) 2007. Monikulttuurisuus, Työ ja ihminen, aikakauskirja 21. vuosikerta, Työterveyslaitos, 682-694. Helsinki.

Virkkunen, J., Engeström, Y., Pihlaja, J. & Helle, M. (2001) Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Helsinki: Työministeriö.

Välimäki, M., Lantta, T., Anttila, M. Pekurinen, V., Alhonkoski, M. Suvanne, T., Laine, A. Kanisto, K. & Kontio, R. 2013. Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltilanteessa. (Hanke 111298) Loppuraportti. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja, Sarja A66, Turku: Turun Yliopisto.

Waschgl, K., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Esteban, B. & García-Izquierdo, M. 2013. Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users. *Journal of Advanced Nursing* 69:6, 1418-1427.

Ward, L. 2011. Mental health nursing and stress: Maintaining balance. *International Journal of Mental Health Nursing* 20:2, 77-85.

Yleissopimus lapsen oikeuksista. 60/1991. Annettu: 21.08.1991. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910060>

Kuviot

Kuvio 1 Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen aineistonkeruun ja valinnan prosessi	31
Kuvio 2 Opinnäytetyön kehittämissuunnitelma	72
Kuvio 3 Hoitajien työhyvinvoinnin edistäminen työväkivaltatilanteissa jaoteltuna ..	74

Taulukot

Taulukko 1 Opinnäytetyössä analysoidut tutkimukset.....	33
Taulukko 2: Työväkivalta moniulotteisena yksilöä, yhteisöä, toimialaa ja organisaatiota kuormittavana ilmiönä	35
Taulukko 3: Työväkivalta paikoin yleisenä ja moninaisena ilmiönä tämän hetken terveydenhuollossa	42
Taulukko 4: Työssä kohdattu väkivalta monialaisena hoitajan hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavana ilmiönä.....	45
Taulukko 5: Kehittämistoimintaa organisaation, toimialojen, yhteisöjen ja yksilöiden työhyvinvointia edistävänä tekijänä	50
Taulukko 6: Hoitajan kohtaama työväkivalta seurauksineen kompleksisena ilmiönä	58
Taulukko 7: Hoitajien työhyvinvoinnin edistämisen kehittämissuunnitelma työväkivaltilanteissa	78

Liitteet

Liite 1 Tiedonhaku-taulukko	93
Liite 2 Tutkimuksen tekijät, tarkoitus ja keskeiset tulokset	100

Liite 1 Tiedonhaku-taulukko

Tieto-kanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Hyväk-syt-tyt otsi-kot	Hyväk-sytyt	Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt tutkimukset
Laurus	väkiv? OR vio-lenc? AND työhyvinv? well-b? workpl?	NOT amk vuosiluvut	36	2	2	Pirkko Sandelin 2007. Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä. Maritta Välimäki, Tella Lantta, Minna Anttila, Virve Pekuri-nen, Mika Alhonkoski, Terhi Suvanne, Anna Laine, Kati Kan-nisto ja Raija Kontio 2013.Hoitajien työn hallinta psykiatri-sen potilaan väkivaltatilanteessa
Medic	väkivalt* vio-lenc* AND työhyvinv* OR employe* AND well-being*	Tutkimukset, aiheeseen sopivuus	2	1	0	
Linnea Arto	väkivalt? vio-lenc? AND työhyv? OR workplace AND well-being*	tutkimukset, tutkimus-ar-tikkelit, tie-teellinen lehti, aihee-seen sopi-vuus	6	0	0	
Aleksi	työhyvinvointi JA väkivalta	tutkimukset, tutkimus-ar-tikkelit, tie-teellinen lehti, aihee-seen sopi-vuus	16	2	2	
Helka	väkiv? OR vio-lenc? AND työ-hyv? OR well-	Tutkimukset, aiheeseen sopivuus	43	1	0	

	being AND workplace					
Itä-Suomen yliopiston verkko-julkaisut	väki*	tutkimukset (väitöskirja)	16	1	1	Mirja Rasimus 2002. Turvattomuus työoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla.
Melinda	väki? AND työhyv? AND väit?	Tutkimukset, aiheeseen sopivuus	1	0	0	
Melinda	väki? AND työhyv? AND diss?	Tutkimukset, aiheeseen sopivuus	4	0	0	
Melinda	violenc? AND well-be? AND diss?	Tutkimukset, aiheeseen sopivuus	4	0	0	
Melinda	väki? AND työhyv? AND tutk?	Tutkimukset, aiheeseen sopivuus	13	3	0	
Melinda	väki? AND työhyv?	Tutkimukset, aiheeseen sopivuus	65	9	1	Kaisa Eskola, Pekka Huuhtanen, Irja Kandolin 2009. Psykososiaalisten työolojen kehitys vuosina 1997-2008
EBSCO CINAHL	violence AND well-being AND workplace	2005-2014	2	2	1	Waschler, Kathrin; Ruiz-Hernández, José Antonio; Llor-Esteban, Bartolomé; García-Izquierdo, Mariano 2013. Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale- users.
EBSCO CINAHL	violence AND well-be* AND "work environment" AND nurse* NOT bullying	2005-2014	12	2	1	Thomas Clausen, Annie Hogg, Isabella Carneiro Gomes, Vilhelm Borg 2013. Does psychological well-being mediate the association between experiences of acts of offensive behaviour and turnover among care workers? A longitudinal analysis..

EBSCO CINAHL	"workplace violence" AND nurse* AND wellbeing*	Academic Journals AND Dissertations 2005-2014	6	3	0	
EBSCO CINAHL	"workplace violence" AND nurse* AND well-be*	Academic Journals AND Dissertations 2005-2014	17	9	4	<p>Kaori Fujishiro, Gilbert C. Gee, & A.B. de Castro 2011. Associations of Workplace Aggression With Work-Related Well-Being Among Nurses in the Philippines.</p> <p>Holmfridur K. Gunnarsdottira, Herdis Sveinsdottira, Jon Gunnar Bernburgc, Hildur Fridriksdottirc & Kristinn Tomassona 2006. Lifestyle, harassment at work and self-assessed health of female flight attendants, nurses and teachers.</p> <p>Thomas Currid 2009. Experiences of stress among nurses in acute mental health settings.</p> <p>Louise Ward 2011. Mental health nursing and stress: Maintaining balance.</p>
Ebsco Academic Search Elit	violence AND well-being AND workplace	2012-2014 Full text	3	2	0	ei uusia osumia
Ebsco Academic Search Elit	violence AND well-being AND work environment	2012-2014 Full text	1	0	0	
STM julkaisuja, raportteja ja työryhmä- muistioita	väkiv*	julkaisuvuosi (uusimmat), aiheeseen sopivuus	9	1	0	
Työterveys- kirjasto Duodecim	työhyvin* JA väkiv* JA tutkim*	Tutkimukset, aiheeseen sopivuus	4	1	0	

Ter- veysportti	väliv* työhyv*		0	0	0	
Työ-ter- veyslaitos	väkivalta* JA hoito* JA hy- vinvointi*	Tutkimukset, aiheeseen sopivuus	99	6	3	<p>Virpi Fagerström ja Tuula Leino 2014. Väkivalta ja sen uhka kotihoitotyössä - työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä.</p> <p>Kati Karhula, Sampsa Puttonen, Marko Vuori, Mikael Sallinen, Hanna Kaisa Hyvärinen, Virpi Kalakoski ja Mikko Härmä 2011. Työstressi ja uni hoitotyössä. Työstressin ja työaika-järjestelyjen vaikutukset uneen, kuormittumiseen ja toimintakykyyn terveydenhuoltoalan ammattilaisilla.</p> <p>Timo Kauppinen, Pauliina Mattila-Holappa, Merja Perkiö-Mäkelä, Anja Saalo, Jouni Toikkanen, Seppo Tuomivaara, Sanni Uuksulainen, Marja Viluksela ja Simo Virtanen 2013. Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista.</p>
Julkkari	työhyv* väliv*	Tutkimukset, aiheeseen sopivuus	147	14	3	<p>Anna-Mari Aalto, Marko Elovainio, Tarja Heponiemi, Laura Hietapakka, Hannamaria Kuusio & Riikka Lämsä 2013. Ulko-maalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa - Haasteet ja mahdollisuudet.</p> <p>Tarja Heponiemi, Timo Sinervo, Kimmo Räsänen, Jukka Vänskä, Hannu Halila ja Marko Elovainio 2008. Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys.</p> <p>Susanna Mattila, Jorma Lappalainen & Markku Aaltonen 2012. Korkean riskin työpaikkojen tunnuspiirteiden määrittäminen. Delfoi-tutkimus.</p>
Vantaan Kaupunki	väkivalta työ- hyvinvointi tutkimus		28	3	0	

Suomen Lääkäri-lehti arkisto	väki* AND työhyv*		11	2	0	
Hoitotiede lehti Google scholar	manaalinen haku väkivalta työhyvinvointi	tutkimukset, aiheeseen sopivuus, tuoreus	6 1280	6 17	0 1	Riitta Mikkola 2013. Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikoilla.
Pohjois-Savon sairaan-hoitopiirin julkaisu-sarja	väkivalta hyvinvointi	Dokumentit ja tiedostot	16	1	1	Marja Pitkänen, Kaisa Haatainen, Ritva Pietarinen-Lyytinen ja Hannu Hoffren 2009. Fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun esiintyminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2003 ja 2008.
Etelä-Pohjanmaan sairaan-hoitopiirin julkaisu	väkivalta hyvinvointi		33	0	0	
Keski-Suomen sairaan-hoitopiiri julkaisu-sarja	Julkaisut sähköisenä 2005 -	manuaalinen haku	22	2	0	
Etelä-Savon sairaan-hoitopiirin kunta-yhtymä	väkivalta	tieteelliset sähköiset julkaisut	0	0	0	
Itä-savon sairaan-hoitopiirin kunta-yhtymä	väkivalta	tieteelliset sähköiset julkaisut	1	0	0	

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	väkivalta	tieteelliset sähköiset julkaisut	0	0	0	
Carea Kymenlaakson sairaanhoitaja sosiaalipalvelujen kunta-yhtymä	väkivalta	tieteelliset sähköiset julkaisut	8	0	0	
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	väkivalta	tieteelliset sähköiset julkaisut	0	0	0	
Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä	väkivalta	tieteelliset sähköiset julkaisut	0	0	0	
Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä	väkivalta	tieteelliset sähköiset julkaisut	0	0	0	
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri julkaisusarja		manuaalinen haku tieteelliset sähköiset julkaisut, aiheeseen sopivuus	52	0	0	

Satakunnan sairaanhoi- topiirin kuntayh- tymä	väkivalta	tieteelliset sähköiset julkaisut	41	0	0	
Pirkanmaan sairaanhoi- topiiri	väkiv*	julkaisut	48	2	0	
Pirkanmaan sairaanhoi- topiiri	työhyv* JA vä- kiv*	julkaisut	7	1	0	
varsinais- suomen sai- raanhoito- piiri	väkiv*	tieteelliset sähköiset julkaisut	45	0	0	

Liite 2 Tutkimuksen tekijät, tarkoitus ja keskeiset tulokset

Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tekijä / julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan vä- kivaltatilanteessa	Maritta Välimäki, Tella Lantta, Minna Anttila, Virve Pekurinen, Mika Alhonkoski, Terhi Su- vanne, Anna Laine, Kati Kannisto ja Raija Kontio 2013	Tutkimuksen päätavoitteena oli tukea psykiatrisilla sai- raalaosastoilla työskentele- vien hoitajien työhyvinvoin- tia ja hoidon laatua kehittä- mällä tehokas ja näyttöön perustuva uusi työmene- telmä hoitajille väkivaltai- sen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen.	Tutkimus koostui viidestä eri vai- heesta: 1.kirjallisuuskatsauksista (väkivaltaisen potilaan käyttäyty- misen ja riskien hallinnan menetel- mistä sekä väkivaltariski mitta- reista) 2.kuvaus psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien tervey- destä ja työhyvinvoinnista (verrat- tuna eri erikoisalojen hoitajien työ- hyvinvointiin). 3.kehitettiin käyttä- jälähtöinen työmenetelmä (aineisto fokusrhmähaastatteluista, väki- valta- ja vaaratilanneilmoituksista, workshopeista, osastokokouksista, menetelmän suunnittelusta ja oh- jausryhmän kokouksista) 4.otettiin käyttöön ja arvioitiin uusi työmenetelmä 5.uuden työmenetelmän kansalli- nen hyödyntäminen ja käyttöönotto	Ensimmäisen vaiheen kirjallisuuskatsauksen mukaan väkivaltaisen potilaan käyttäytymi- sen hallinnassa oli käytössä erilaisia menetel- miä ja mittareita arvioida potilaan väkivalta- riskiä. Psykiatrian alan hoitajat erosivat ei- psykiatrian alan hoitajista mm. väkivalta- ja uhkatilanteisiin liittyvien tekijöiden, suku- puolen ja koulutuksen suhteen. Esim. suurim- massa riskissä altistua psyykkiselle ja fyysi- selle väkivallalle oli vakituudessa työsuhteessa oleva nuori mies, joka tekee vuoro-, yö- tai muuta epäsäännöllistä työtä. Väkivalta- ja vaaratilanteet sijoittuivat psykiatrisilla osas- toilla useimmiten tiettyihin ajankohtiin ja ti- loihin. Osastojen yhteisiksi kehittämisalueiksi muodostuivat: potilaiden viikkosuunnitelma, potilaiden virikkeellisyys ja aktiviteetit, osas- ton tilat, yhteisraportointiin käytetty aika, väkivaltariskin arviointi, potilaiden ja omais- ten informointi sekä potilaiden osallisuus hoi- dossa.

101
Liite 2

			(verkkokoulutus ja kirjalliset ohjeet).	
Sairaanhoitajien kokema väkivalta ja halu vaihtaa työtä	Tarja Heponiemi, Timo Sinervo, Liisa Kuokkanen, Marja-Leena Perälä, Katriina Laaksonen ja Marko Elovainio / 2009	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten sairaanhoitajien kokema henkinen ja fyysinen väkivalta on yhteydessä heidän halukkuuteensa vaihtaa työpaikkaa tai alaa.	Tutkimuksen perusjoukon muodostivat 1943 syntyneet ja sitä nuoremmat sairaanhoitajiksi valmistuneet, joista poimittiin 5 000 henkilön satunnainen otos. Vastausprosentti oli 43.	Tuloksissa fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa joskus työssään oli kokenut noin 2/3 vastaajista ja useammin kuin kerran kuussa koki joka viides vastaaja. Joskus henkistä väkivaltaa työssään oli kokenut neljännes vastaajista, useimmiten työtovereiden taholta. Sekä henkinen että fyysinen väkivalta lisäsivät, että itsenäisesti sairaanhoitajien halua vaihtaa työtä, vaikka toimipaikka, ikä ja monet psykososiaaliset riskitekijät huomioitiin. Tuloksista pystyi päättämään, että halu vaihtaa työtä on ongelma sairaanhoidossa ja tulisi ryhtyä toimiin, jotta sairaanhoitajien kokema väkivalta ja rasittuneisuus vähenisivät sekä työtyytyväisyys ja vaikutusmahdollisuudet lisääntyisivät.
Väkivallan esiintyminen ja vaikutukset oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä	Kirsi Tiihonen / 2009	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Niuvanniemen oikeuspsykiatrisen sairaalan henkilökunnan kokemuksia väkivallasta ja sen vaikutuksista.	Perusjoukko muodostui osastonhoitajista, apulaisosastonhoitajista, sairaanhoitajista, mielisairanhoitajista ja laitoshuoltajista (n = 405). Aineisto kerättiin SOVES kyseylomakkeella ja analysoitiin SPSS 11.5 tilasto-ohjelmalla.	Tulosten mukaan 71 % oli kokenut fyysistä väkivaltaa, 89 % sanallista häirintää ja 67 % uhkailua. Potilas oli väkivallan toteuttaja lähes kaikissa väkivaltatilanteissa. Väkivallan kohteeksi joutuminen koettiin emotionaalisesti ainakin lievänä ahdistuksena. 8 % vastaajista ilmoitti olleensa työpaikalla olleen väkivallan

				vuoksi pois töistä, mutta poissaoloaika oli kuitenkin vain 1 työpäivän mittainen.
Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä	Pirkko Sandelin 2007	Väitöskirjan tarkoituksena oli kuvata psyykkistä väkivaltaa terveydenhuollon työntekijöiden ja opiskelijoiden kokemuksellisten kertomusten avulla sekä tuottaa kertojien yksittäisistä kokemuksellisista kertomuksista psyykkisen väkivallan kokonaiskertomus.	Tutkimusaineisto oli kerätty kahdessa eri vaiheessa vuosina 2002-2006. Ensimmäisen aineiston muodostivat terveydenhuollon työntekijöiden ja opiskelijoiden 32 kirjettä. Toisen vaiheen aineisto koottiin suostumus- ja yhteystietonsa antaneiden keskusteluista (482 litteroitua sivua). Psyykkisen väkivallan kokemukselliset kertomukset analysoitiin soveltaen Labovin (1982) rakenneanalyysin osia. Kertomukset pelkistettiin yksilö- ja yhteisökohtaisiksi ydinkertomuksiksi, jonka jälkeen yksilö- ja yhteisökohtaiset ydinkertomukset analysoitiin kahdessa vaiheessa Categorical-Content -analyysimenetelmällä muodostaen psyykkisen väkivallan kokonaiskertomuksen.	Väitöskirjan kokonaiskertomuksen mukaan psyykkinen väkivalta kehittyi yhteisöissä, joissa psyykkiselle väkivallalle otollisia olosuhteita olivat yhteisöjen hierarkkiset rakenteet, niiden kielteiset byrokraattiset toiminta- ja johtamistavat sekä talouslama ja sen seuraukset. Lisäksi otollisiin olosuhteisiin kuuluivat yhteisöjen muuttuneet arvot. Tämän kaltaisissa olosuhteissa psyykkisen väkivallan uhrin, psyykkisen väkivallan käyttäjät ja mukana toimijat muodostivat ongelmallisen vuorovaikutussysteemin, jotka yhdessä voivat johtaa psyykkisen väkivallan uhrin uuvuttamiseen ja aiheuttaa hänelle kokonaistalouden uupumisen ja loppuun kulumisen tunteen, josta toipuminen on vaikeaa mutta mahdollista. Väitöskirjan mukaan psyykkisen väkivallan uuvuttamille ihmisille toipuminen merkitsi uuden alun tavoittelemista elämässä, elämän saavuttamista ja sen menettämistä.
Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja	Mirja Rasimus / 2002	Väitöstutkimuksen tarkoituksena oli selvittää turvat-	Väitöskirjan tutkimuksen kohderyhmä muodostui erikoissairaanhoid-	Väitöskirjan tuloksissa neljännes vastaajista koki päivystyspoliklinikan työn turvattomana

<p>väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla</p>		<p>tomuutta aiheuttavia tekijöitä sekä väkivaltariskin merkittävyyttä suomalaisilla päivystyspoliklinikoilla.</p>	<p>don päivystyspoliklinikoiden hoito-henkilökunnasta ja lääkäreistä koko Suomessa. Otokseen (N = 929) kuului yhteensä 25 sairaalaa. Vastausprosentti oli 65 %. Tutkimusaineisto kerättiin kahdella strukturoidulla kyselylomakkeella sekä kymmenellä poliklinikalla viikon ajan pidetyillä päiväkirjoilla. Päiväkirjat analysoitiin sisällön analyysillä ja aineisto käsiteltiin SPSS for Windows -tilasto-ohjelmalla. Aineistoa kuvattiin käyttäen frekvenssejä, prosenttilukuja ja keskiarvoja. Analyysimenetelminä käytettiin Pearsonin korrelaatiokerrointa, eksploratiivista faktorianalyysiä, x2 - riippumattomuustestiä ja logistista regressiota, joiden logistisissa malleissa ikä ja työkokemus oli vakioitu.</p>	<p>ja kolme neljäsosaa vastaajista oli työ sisältävän riskejä, joista merkittävimpinä pidettiin kiireistä työtahtia ja väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita. Yli puoleen vastaajista oli kohdistunut työssä fyysistä väkivaltaa, jonka näkyvinä seurauksina esiintyi eniten mustelmia ja ruhjeita ja psyykkisinä seurauksina ahdistusta, pelkoa ja unettomuutta. Tuloksissa työhön liittyvää turvattomuuden tunnetta lisäsivät väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat ja heidän määränsä kasvu 1990-luvun puolivälistä lähtien ja vartijan tai turvamiehen puuttuminen sekä vuorotyö, päivystys, kiireinen työtahti. Lisäksi potilaiden odottaminen tutkimusten ja hoidon eri vaiheissa osoittautui heidän väkivaltaista käyttäytymistään lisääväksi riskitekijäksi. Eniten työtä haittaavaksi tekijäksi mainittiin päihteiden käyttäjien aggressiivinen käyttäytyminen poliklinikalla ja väkivaltilanteita käsiteltiin jälkeenpäin melko satunnaisesti, eniten työtovereiden kanssa. Työnohjaus oli järjestetty päivystyspoliklinikoilla puutteellisesti ja väkivaltilanteiden rekisteröinti vaihteli suuresti sairaaloittain. Tuloksissa erittäin tärkeäksi koettiin lähijohtajan toiminta turvattomuuden</p>
--	--	---	--	--

				hallitsemiseksi sekä hänen tukensa henkilö- kunnalle. Eniten henkilökunta odotti turvalli- suuskoulutusta, turvatoimien järjestämistä ja yleensäkin asioihin tarttumista, joka lähijoh- tajien omasta mielestä estyi usein rahan puutteen vuoksi.
Psykososiaalisten työolo- jen kehitys vuosina 1997- 2008	Kaisa Eskola, Pekka Huuhtanen, Irja Kando- lin / 2009	Tutkimushankkeen tavoit- teena oli selvittää työolojen muutoksia vuosien 1997, 2003 ja 2008 välillä, keskit- tyen erityisesti psykososiaa- lisiin työolotekijöihin ja henkiseen hyvinvointiin työssä.	STM ja Työterveyslaitoksen yhteis- hankeraportin osa-alueissa vuonna 2008 Tilastokeskuksen aineisto koostui 4 392 palkansaajan haastat- telusta. Vuonna 2003 haastatelta- via palkansaajia oli 4 104 ja vuonna 1997 2 979. Työolotutkimuksen 2008 vastausprosentti oli 68. Tilastokeskuksen työolotutkimusten perusteella tarkasteltiin palkansaa- jien mielipiteitä työoloistaan ja vertailuja vuosien välillä tehtiin toimialoittain. Vuoden 2008 tilan- netta tarkasteltiin lisäksi sukupuol- len, iän, toimialan, työnantajatyyp- pin, toimipaikan koon, työsuhteen pysyvyyden, työaikamuodon ja alu- een mukaan.	Raportin tuloksissa palkansaajien vaikutus- mahdollisuudet olivat parantuneet vuodesta 2003 ja työpaikan ilmapiiri oli kehittynyt myönteisesti. Palkansaajat kokivat työsuoje- lun ja työterveyshuollon kehittyneen myön- teisesti vuosien 2003 ja 2008 välillä ja ajatuk- set lähteä eläkkeelle ennen vanhuuseläkeikää olivat harventuneet. Kielteisistä muutossuun- nista työkyvyttömyyden uhka ja työpaikkakiu- sattujen osuus oli hieman noussut ja mielen- terveyden järkkymisen vaara lisääntynyt hie- man. Myös sairauspoissaolot, sairauksien tar- tuntavaara ja vaara siitä, että aiheuttaisi ta- paturman jollekin toiselle olivat lisääntyneet vuodesta 2003. Tiedonsaanti työtä koskevista muutoksista pysyi heikentyneenä. Ja ennakoi- mattomat muutokset lisääntyivät vuosien 1997 ja 2003 välillä. Tuloksissa vakavan työ- uupumuksen vaara, väkivalta ja sen uhka sekä väkivallan pelko työpaikoilla kasvoivat

				vuosien 1997 ja 2003 välillä asiakastyössä, mutta eivät jatkaneet yleistymistään tämän jälkeen. Erilaiset toistuvat kivut lisääntyivät palkansaajilla vuosien 1997 ja 2003 välillä.
Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale-users	Kathrin Waschgl, José Antonio Ruiz-Hernández, Bartolomé Llor-Esteban, Mariano García-Izquierdo 2013	Artikkeli raportoi sairaala aggressiivinen käytös - mitarin kehityksestä ja psyko-metrisista testauksista.	Tutkimus toteutettiin laadullisia ja määrällisiä menetelmiä käyttäen, tiedonantajina oli 1,489 sairaanhoitajaa 11 julkisissa sairaaloissa. Tiedonkeruu toteutettiin vuosina 2010 ja 2011.	Tulokset osoittavat, että sairaanhoitohenkilökunnan korkeampi altistuminen väkivaltaan johtaa pienempään työtyytyväisyyteen, suurempaan emotionaaliseen uupumukseen, lisää kyynisyyttä ja alemman tason psyykkistä hyvinvointia. Tässä tutkimuksessa kehitetty väline voi olla erittäin hyödyllinen väkivallan arviointiin alalla ja psykososiaalisten riskien varhaiseen havaitsemiseen
Does psychological well-being mediate the association between experiences of acts of offensive behaviour and turnover among care workers? A longitudinal analysis	Thomas Clausen, Annie Høgh, Isabella Carneiro Gomes, Vilhelm Borg / 2013	Tarkoituksena oli tutkia, onko yhteyttä hoitohenkilökunnan psyykkisen hyvinvoinnin, hyökkäävän käytäytymisen kokemusten ja vaihtuvuuden välillä Tanskan vanhusten palveluissa.	Ennakoiva kohorttitutkimus suoritettiin Tanskan vanhusten palveluiden työntekijöiden keskuudessa alle 55 vuotiailla. Työntekijät, jotka työskentelevät lähtötilanteessa (2005) vanhusten palveluissa, mutta eivät enää seuranta (2006) haastateltiin kyselylomakkeella. Kyselyyn vastanneista on koodattu vaihtuvuuneet (N = 608) ja työntekijöitä, joilla ei ollut muuttanut työpaikka seuranta-aikana (N = 4330). Kokemuksista	Tuloksissa usein ja satunnaisia kokemuksia kiusaamisesta ja uhkista ja satunnaisia kokemuksia ei-toivotusta seksuaalista huomiosta lähtötilanteessa omanneilla oli huomattavasti suurentunut vaihtuvuus seurannassa. Lisäksi analyysit osoittivat, että psyykkinen hyvinvointi vähensi merkittävästi riskiä vaihtuvuuteen ja hyvinvointi vaikuttaa välillisesti osittain kiusaamisen ja vaihtuvuuden ja täysin vaikuttaa uhkien, ei-toivotun seksuaalisen huomion ja vaihtuvuuden välillä. Uhkia, ei-toivottua seksuaalista huomiota ja erityisesti

			hyökkäävästä käyttäytymisestä ja hyvinvoinnista mitattiin lähtötilanteessa ja aineisto analysoitiin logistinen regressioanalyysi	kiusaamista vähentämällä voidaan edistää hyvinvointia ja vähentää vaihtuvuutta vanhus-ten henkilöstön keskuudessa.
Associations of Workplace Aggression With Work-Related Well-Being Among Nurses in the Philippines	Kaori Fujishiro, Gilbert C. Gee, & A.B. de Castro / 2011	Tarkoituksena oli tutkia liittykö työpaikalla kohdattu aggressio itse koettuun terveyteen ja työtapaturmiin ja sairastumiseen sairaanhoitajilla Filippiineillä	Tutkimus oli poikkileikkaus sairaanhoitajista (n = 687) Filippiineillä. Tutkimus analysoitiin Poisson regressio mallilla, kontrollimuuttujina väestörakenteen ja työn ominaisuudet	Tuloksissa solvaukset liittyivät heikkoon yleiseen terveydentilaan, sekä fyysinen väkivalta että solvaukset olivat mukana työtapaturmissa ja työhön liittyvissä sairauksissa kun väestö- ja ominaisuudet huomioitiin. Lisäksi fyysinen väkivalta liittyi poissaolopäiviin.
Lifestyle, harassment at work and self-assessed health of female flight attendants, nurses and teachers	Holmfridur K. Gunnarsdottir, Herdis Sveinsdottir, Jon Gunnar Bernburg, Hildur Fridriksdottir & Kristinn Tomassona 2006	Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa naisten terveyteen liittyvää elämäntapaa, häirintää työpaikalla, ja itse arvioitua terveyttä lentoemännillä verrattuna sairaanhoitajiin ja peruskoulun opettajiin.	Tutkimuksen aineisto muodostui kaikista kahden vuoden työkokemuksen omaavista naispuolisista jäsenistä Islannin lentoemäntien yhdistyksen, Islannin sairaanhoitajat yhdistyksen ja kaikki naiset peruskoulun opettajat ry:stä. Heille lähetettiin survey-kysely, joka analysoitiin regressiomallilla arvioiden keskimääräisiä eroja.	Tuloksissa suurempi osuus lentoemännistä kuin sairaanhoitajista tai opettajista tupakoi ja nauttii alkoholia vähintään kerran viikossa. Toistuva seksuaalinen häirintä työpaikoilla oli yleisempää lentoemännillä, kun taas kiusaamista, fyysistä väkivaltaa ja uhkauksia oli vähemmän lentoemännillä kuin sairaanhoitajien keskuudessa. Lentoemännät ja stuertit olivat keskimäärin hieman pitempiä, mutta painoivat keskimäärin vähemmän. Toistuvaan altistumiseen sukupuoliseen häirintään, kiusaamiseen, väkivaltaan ja uhkauksille liittyi vähemmän fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia kaikissa ryhmissä.

Experiences of stress among nurses in acute mental health settings.	Thomas Currid 2009	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ammatillisia stressitekijöitä, eli kokemusta stressistä ja kokemuksen merkitystä akuutti mielenterveyspalveluiden henkilöstölle	Tutkimuksen lähestymistapa oli hermeneuttis - fenomenologinen, kahdeksan pätevän henkilöstön kokemuksesta. Tutkimuksessa käytettiin puolistrukturoitua haastattelua, jotka litteroitiin sanatarkasti ja analysoitiin käyttäen tulkitsevaa fenomenologista analyysia.	Tutkimustuloksissa todettiin, että henkilöstö joutui usein kohtaamaan väkivaltaisesti ja aggressiivisesti käyttäytyviä potilailta, mikä haittasi hoitotuloksia sillä henkilökunta saattoi olla haluton osallistumaan näiden henkilöiden hoitoon johtuen ahdistuksesta, loukkaantumisesta tai koetusta uhkailusta. Ympäristöpaineet yhdistettynä korkeaan toiminnan tasoon tarkoittaa, että henkilökunnalla on vain vähän aikaa keskittyä käsillä olevaan tehtävään tai suunnitella tulevaa toimintaa. Tämän seurauksena he eivät pysty jättämään töitä mielestään kun menevät kotiin.
Mental health nursing and stress: Maintaining balance	Louise Ward 2011	Tutkimuksessa selvitettiin laitoshoidon palveluissa työskentelevien käytännöistä ja käsityksistä työpaikan kulttuurista, ajatuksia stressin hallinnasta ja ammatillisesta hyvinvoinnista.	Tutkimus oli laadullinen, kriittinen ja feministinen ja kohdistui elettyihin kokemuksiin. Tutkimusjoukkona oli 13 naismielenterveyden sairaa hoitajaa, jotka työskentelevät laitoshoidon palveluissa. Tutkimuksessa käytettiin yksilöhaastatteluita ja kohderyhmiä, jotka analysoitiin kriittisen, temaan analyysin avulla.	Tutkimuksen tulokset tukevat yksimielisesti kirjallisuutta, joka selvästi vahvistaisi mielenterveyden hoitotyön olevan stressaavaa. Kuitenkin tulokset osoittavat myös selkeästi, että tapa jolla sairaanhoitaja selviytyy stressistä liittyy olennaisesti hänen työtyytyväisyyteensä. Keskeinen teema koko tässä tutkimuksessa on naispuolisten osallistujien kyky hallita monimutkaisen työn kautta tiimityötä, monimuotoisuutta ja luovuutta; joita osallistujat pitävät merkittävänä tarjotessa korkeatasoista hoitotyötä.

<p>Väkivalta ja sen uhka kotihoitotyössä - työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä</p>	<p>Virpi Fagerström ja Tuula Leino</p> <p>2014</p>	<p>Tutkimushankkeen pääta- voitteena oli selvittää, mi- ten kotihoitotyössä työn uh- katilanteiden ja vaarojen ar- viointi on työpaikkojen toi- mesta toteutettu ja mitä keinoja on otettu käyttöön.</p>	<p>Tutkimushankkeen kohderyhmänä oli kahdeksan kotihoitoa, -palveluja tai -käyntejä asiakkaidensa kotona tekevää sosiaali- ja terveysalan työpaikkaa. Ryhmähaastatteluna teemahaastattelurungon mukaisesti haastateltiin kahta työsuojelupääl- likkää ja 11 työsuojeluvaltuutet- tua. Haastatteluaineisto tiivistet- tiin sisällön analyysillä ja eritte- lyllä.</p>	<p>Tulosten mukaan työpaikkojen keinot kotihoi- totyön uhka- ja vaaratilanteiden hallinnassa perustuivat työturvallisuuslakiin (738/2002). Keinoina ennakointi ja reagointi tilanteesta riippuen. Ohjeistuksia ja dokumentteja väki- vallan uhkaan ja sen hallintaan liittyen oli vaihtelevasti, raportointikäytännöt noudatti- vat yhtenevää toimintaprosessia alkaen työn- tekijän ilmoitusvelvollisuudesta. Työsuojelun edustajat tunsivat työturvallisuuslain velvoit- teet hyvin, esimies- ja työntekijätasolta löy- tyi osin tietämättömyyttä, osin hyvin lainsää- däntöperustan tuntevia. Vaikeaselkoiset toi- mintaohjeet, piittaamattomuus työturvalli- suusasioista, väkivalta- ja uhkatilanneilmoi- tusten käsittelemättömyys, väkivaltatilantei- den vähättely ja hankalat asiakkaat olivat esiintyviä esteitä työturvallisuustoimenpitei- den toteutuksessa ja ratkaisuksi näihin esi- tettiin selkeitä ja lyhyitä ohjeita, systemaat- tisia kokouskäytäntöjä, avointa keskustelua, henkilöstökoulutusta, organisaation toiminta- politiikkaa väkivallan torjunnassa sekä lakien tarkentamista kunkin oikeuksista ja velvolli- suuksista.</p>
---	--	--	--	--

<p>Työstressi ja uni hoito-työssä. Työstressin ja työaikajärjestelyjen vaikutukset uneen, kuormittumiseen ja toimintakykyyn terveydenhuoltoalan ammattilaisilla</p>	<p>Kati Karhula, Sampsa Puttonen, Marko Vuori, Mikael Sallinen, Hanna Kaisa Hyvärinen, Virpi Kalakoski ja Mikko Härmä</p> <p>2011</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää aiheuttaako pitkäkestoinen koettu työstressi sellaisia muutoksia ihmisen fysiologiassa, kognitiossa ja käyttäytymisessä, joiden voidaan perustellusti odottaa heikentävän työterveyttä ja työturvallisuutta pitkällä aikavälillä.</p>	<p>Tutkimuksessa oli laboratorio-osuus, jossa mitattiin kognitiivisia toimintoja ja stressin säätelyä sekä kolmen viikon mittainen kenttätutkimus, jossa mitattiin unta, kuormittumista ja toimintakykyä. Tutkittavana oli 99 yötyötä sisältävää vuorotyötä tekevää naispuolista hoitoalan ammattilaista, jotka olivat osallistuneet Kunta-alan henkilöstön seurantatutkimukseen vuonna 2008. Työstressin määrää arvioitiin Karasekin työn sisältö -kyselyn avulla ja tulkittiin Karasekin työstressimallin mukaan (Karasek et al. 1998).</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan pitkäaikainen altistuminen stressaavalle työympäristölle oli yhteydessä tiedon hitaampaan muistiin palautukseen, sekä osittain heikompaan suoriutumiseen oppimisen ja lyhytkestoisen muistin tehtävissä. Erot unessa ja nukkumisessa ryhmien välillä olivat vähäisiä, mutta työstressille altistuneilla oli enemmän nukahtamisvaikeuksia iltavuorojen jälkeen ja he pystyivät nukkumaan vähemmän nokosia ennen yövuoroa. Matalan työstressin ryhmässä työn määrä oli seurantajaksolla suurempi, kuitenkin korkean työstressin ryhmässä oli yli kaksi kertaa useammin hankalia ilta-aamu -vuoroyhdistelmiä kuin matalan työstressin ryhmässä. Korkean työstressin ryhmässä esiintyi vähemmän toiminnan suunnitteluun ja ratkaisujen etsimiseen liittyvien toimintastrategioiden käyttöä. Korkean työstressin havaittiin olevan yhteydessä kohonneeseen sympaattisen hermoston aktivaatio tasoon.</p>
<p>Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista</p>	<p>Timo Kauppinen, Pauliina Mattila-Holappa, Merja Perkiö-Mäkelä, Anja Salo, Jouni Toik-</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli laatia asiantuntijakatsaus työelämän muutoksista, työolotilanteesta ja sen kehityspiirteistä.</p>	<p>Katsauksessa tarkasteltiin eri näkökulmista työn, terveyden ja työhön osallisuuden tilannetta ja viime vuosien kehitystä. Keskeisenä tie-</p>	<p>Työntekijät altistuivat eri kemikaaleille ja melulle. Sisäilmaongelmia esiintyi erityisesti opetus-, terveys- ja sosiaalialan työpaikoilla. Fyysisten kuormitustekijöiden osuus oli vähentynyt, tapaturmia oli edelleen paljon,</p>

	kanen, Seppo Tuomi- vaara, Sanni Uuksulai- nen, Marja Viluksela ja Simo Virtanen 2013		tolähteenä Työ ja terveys -haastat- telututkimus eli Työterveyslaitok- sen tekemä puhelinhaastattelutut- kimus, jossa kerättiin seurantatie- toa Suomen työssä käyvän väestön työstä, työoloista ja työtervey- destä.	ammattitaudit vähenemässä. Työ on muuttu- nut liikkuvammaksi ja työaika väljemmäksi. Johdon kiinnostus työhyvinvointiin oli kasva- nut. Terveys ja työkyky parantuneet, mutta väestöryhmien välillä oli suuria eroja. Johto- päätöksiä todettiin, että työhyvinvoinnin ke- hittämiseen kannattaa investoida.
Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suo- malaisessa terveyden- huollossa - Haasteet ja mahdollisuudet	Anna-Mari Aalto, Marko Elovainio, Tarja Hepo- niemi, Laura Hieta- pakka, Hannamaria Kuusio & Riikka Lämsä / 2013	Tutkimuksessa tarkasteltiin Suomessa asuvien ulkoma- laistaustaisten lääkäreiden ja hoitajien integroitumista Suomeen ja erityisesti työ- elämään suomalaisessa ter- veydenhuollossa sekä ulko- maalaistaustaisten työnteki- jöiden että heidän esimies- tensä näkökulmasta.	Tutkimuksen aineisto kerättiin ky- selynä Suomessa ammatinharjoitta- misluvan saaneille ulkomaalaistaus- taisille lääkäreille (n=549 lääkäriä, n=515 hoitajaa), yhteystiedot Val- viran Terhikki-rekisteristä. Lisäksi haastateltiin 12 ulkomaalaistaus- taista lääkäriä ja 15 hoitajaa sekä ulkomaalaistaustaisten 15 esi- miestä. Ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden ja hoitajien kyselyiden vertailuaineis- toina käytettiin kantasuomalaisten lääkäreiden (n=4759, Lääkäriliiton ja THL:n ”Lääkäreiden työ ja terveys 2012” -tutkimus) kyselyaineistoa ja tässä hankkeessa kerättyä kan- tasuomalaisten hoitajien (n=1008) kyselyaineistoa.	Tulosten mukaan suurin osa ulkomaalaistaus- taisista lääkäreistä ja hoitajista oli tullut Suo- meen lähialueilta, Virosta tai Venäjältä pää- osin perheeseen liittyvien syiden vuoksi, mutta myös työn perusteella. Noin puolet kaikista vastaajista oli hankkinut Suomen kansalaisuuden. Ulkomaalaistaustaiset lääkä- rit ja hoitajat näyttivät työskentelevän jos- sain määrin kantasuomalaisia useammin pe- rusterveidenhuollossa ja vanhustenhuollossa. Kielikursseja toivottiin paremmin terveyden- huoltoalan ammattilaisille räätälöidyiksi. Ky- selytulosten perusteella ulkomaalaistaustai- set lääkärit ja hoitajat kuitenkin arvioivat kielitaitonsa hyväksi, lääkärit arvioivat kieli- taitoaan hoitajia myönteisemmin. Työyhtei- sössä toimiessaan ulkomaalaistaustaisista lää- käreistä ja hoitajista noin puolet koki voi- vansa yhdistää toiminnassaan sekä omaan

				<p>kulttuuriinsa että suomalaiseen kulttuuriin kuuluvia toimintatapoja. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat pitivät organisaation johtamiskäytäntöjä oikeudenmukaisempina kuin suomalaiset kollegansa ja ulkomaalaistaustaiset hoitajat arvioivat työn raskautteja jät jopa pienemmiksi kuin kantasuomalaiset. Ulkomaalaistaustaiset. Esimiehet suhtautuivat ulkomaalaistaustaisiin työntekijöihinsä pääasiassa myönteisesti, olivat kuitenkin huolissaan erityisesti ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden kielitaidosta.</p>
<p>Lääkärin ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys - laaja kohorttitutkimus -hankkeen loppuraportti</p>	<p>Tarja Heponiemi, Timo Sinervo, Kimmo Räsänen, Jukka Vänskä, Hannu Halila ja Marko Elovainio / 2008</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää työn psykososiaalisten riskitekijöiden vaikutuksia lääkärin ja sairaanhoitajien hyvinvointiin, työskentelyhalukkuuteen ja eläkkeelle jääntiin. Lisäksi pyrittiin tunnistamaan erityiset riskiryhmät ja mahdollisia työn psykososiaalisia tekijöitä, jotka saattaisivat lieventää negatiivisia vaikutuksia.</p>	<p>Tutkimuksen kyselyaineisto kerättiin v 2007 postikyselynä. Perusjoukon muodostivat kaikki 1943 syntyneet ja sitä nuoremmat lääkärit tai sairaanhoitajat valmistuneet. Molemmista ammattiryhmistä poimittiin 5000 henkilön satunnainen otos. Lääkäreiltä vastauksia saatiin 2 841 (56,8%) ja sairaanhoitajilta 2 152 (43 %). Tuloksissa eri muuttujien jakaumia katsottiin prosenttiosuuksina ja joidenkin muuttujien eroja eri ikäryh-</p>	<p>Tulokset osoittivat, että lääkärin itsemurha-ajatusten yleisyys ja yleinen kuolleisuusriski verrattuna muuhun väestöön tai muuhun terveydenhuollon henkilöstöön oli hälyttävällä tasolla. Päivystysten suuri määrä ja huonot elintavat lisäsivät lääkäreiden stressiä. Korkea stressin määrä ja univaikeudet lisäsivät lääkärin halukkuutta ammatin vaihtoon, jota kuitenkin voisi vähentää vaikutusmahdollisuuksien lisääminen ja oikeudenmukaisempi johtaminen, kuten myös eläköitymishalukkuutta. Tulosten mukaan sairaanhoitajat olivat työhönsä yleensä tyytyväisiä, mutta halukkuus</p>

			missä ja eri toimipaikoissa vertailtiin varianssianalyysillä. Eri muutujien välisiä yhteyksiä tutkittiin regressioanalysein, kovarianssianalysein ja logistisilla regressioilla	jääda eläkkeelle tai osa-aikatyöhön oli melko suuri. Vanhustenhuolto nousi toistuvasti sairaanhoitajien yhteydessä esille negatiivisesti: halukkuus jääda eläkkeelle, väkivaltatilanteet, psyykinen rasittuneisuus, heikko työkyky, huono terveys ja työtytymättömyys olivat yleisimpiä juuri siellä. Tulosten perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön hyvinvointiin tulisi panostaa voimakkaasti ja yksi keino tähän voisi olla lisätä työn vaikutusmahdollisuuksia ja organisaatioiden oikeudenmukaisuutta.
Korkean riskin työpaikkojen tunnuspiirteiden määrittäminen. Delfoi-tutkimus	Susanna Mattila, Jorma Lappalainen & Markku Aaltonen 2012	Delfoi-tutkimuksen tavoitteena oli etsiä uutta tietoa ja aineksia sen tueksi, mihin työtapaturmien torjuntaan liittyvää työpaikkavalvontaa kannattaa suunnata kaudella 2012-2015. (mitkä riskiryhmät ja työtapaturmavaarat voivat tulevaisuudessa nousta tärkeiksi).	Kolmivaiheisella Delfoi-menetelmähankkeeseen valittiin mukaan suomalainen työtapaturmien asiantuntijajoukko eli paneeli, johon kuului edustajia suomalaisilta työpaikoilta, työsuojelu- ja turvallisuusviranomaisista, vahinkovakuutus-alalta ja tutkimuslaitoksista. Kyseilyt tehtiin internetpohjaisena Digium-ohjelmalla. Ensimmäiseen kyselyyn vastasi 17, toiseen 16 tai kolmanteen 15 panelistia (vastausprosentti 60-74 %).	Tulosten mukaan todennäköisimmät tapaturmariskiä lisäävät tekijät Suomen työelämässä ovat vierastyöntekijöiden määrän lisääntyminen, henkilöstön lisääntyvä vaihtuvuus, vuokratyövoima, talouskriisit, organisaatiomuutokset, ulkoistaminen, perinteisen työsuojelun merkityksen väheksyminen ja uusi tekniikka. Työtapaturmariskien hallintaa voidaan toteuttaa sekä työpaikka-, toimiala- että lainsäädäntötasolla, esim. tehokkaalla koulutuksella ja perehdytyksellä, suunnittelulla, viestinnällä, johtamisen ja osapuolten välisen yhteistyön tehostamisella.

Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskei- not ensiapu-poliklini- koilla	Riitta Mikkola 2013	Väitöstutkimuksen tarkoi- tuksena oli kuvata ensiapu- poliklinikan hoitohenkilö- kunnan ja lääkäreiden työssä ilmeneviä pelkoja, pelkoa aiheuttavia tekijöitä ja pelon uhkakuvia sekä sel- viytymisen tarvetta työstä aiheutuvista peloista ja ole- massa olevia selviytymiskei- noja. Tämän pohjalta tutki- muksen tarkoituksena oli ke- hittää ja kuvata selviytymis- malli työstä aiheutuvista pe- loista, jonka avulla voitaisiin jatkossa tukea ensiapupoli- klinikan henkilökunnan hy- vinvointia ja jaksamista	Väitöstutkimuksen aineisto kerät- tiin puolistrukturoidulla teema- haastattelulla ja kyselylomakkeella tätä tutkimusta varten kehitetyllä kyselylomakkeella. Mittarin yhtenä osana käytettiin Carverin (1997) kehittämää lyhennettyä COPE-mit- taria. Haastatteluun osallistui yh- teensä 30 ensiapupoliklinikan sai- raanhoitajaa ja haastattelun jäl- keen toteutettiin kyselytutkimus 16 sairaalan ensiapupoliklinikoilla. Ky- selytutkimukseen osallistui lääkärit ja hoitohenkilökunta (N=544). Haastattelut ja kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin in- duktiivisella sisällönanalyysillä. Ky- selylomakkeet analysoitiin käyttäen tilastollisia menetelmiä (frekvens- sejä, ristiintaulukointia, pääkompo- nenttialyysia ja binääristä logis- tista regressioanalyysia).	Väitöskirjan tuloksissa ensiapupoliklinikan henkilökunnasta lähes kaikki olivat kokeneet työstä aiheutuvia pelkoja, yleensä hetkellistä ja pidempiaikainen pelko liittyi vakavampaan tapahtumaan, kuten lääke- tai hoitovirhee- seen. Kyselytulosten mukaan pelkoa aiheutti- vat eniten aseistautunut potilas, väkivaltati- lanne, lääkevirhe ja lapsen elvytys tai esi- merkiksi suuronnettomuus, kiire ja aggressii- vinen potilas. Selviytymiskeinoista käytetyin oli ongelmasuuntautunut selviytyminen ja so- siaalinen tuki, kuten hyväksyminen ja suun- nittelu. Pelkoa aiheuttavia tilanteita oli käsi- telty työpaikalla eniten työkaverin ja esimie- hen kanssa, työpaikan ulkopuolella keskus- telu asioista avo- tai aviopuolison tai ystävän kanssa tai osallistuminen erilaisiin harrastuk- siin vapaa-aikana. Väitöksessä kehitetty sel- viytymismalli koostui useammasta eri selviy- tymiskeinosta.
Fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun	Marja Pitkänen, Kaisa Haatainen, Ritva Pieta- rinen-Lyytinen ja Hannu Hoffren	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää epäasiallisen koh- telun ja fyysisen väkivallan esiintymistä KYSissä vuonna	Seurantatutkimuksen aineistona oli KYSin henkilökunnalta (n = 3514) vuonna 2004 kerätyn kyselyaineis- ton raportti fyysisen väkivallan ja	Tulosten mukaan suurin osa henkilöstöstä ei ollut joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi kumpanakaan tarkasteluvuonna, kun taas

<p>esiintyminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2003 ja 2008</p>	<p>2009</p>	<p>2008, verrata tuloksia vuonna 2004 toteutettuun vastaavaan tutkimukseen ja arvioida kehityssuuntaa. Lisäksi selvitettiin vuoden 2004 tutkimuksen jälkeen tehtyjä toimenpiteitä fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun ehkäisemiseksi. (fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun esiintyminen, taustasyitä, yhteyksiä ja eroja oli vuosina 2003 ja 2008, miten ja ketkä aiheuttivat, minkälaisia toimenpiteitä KYSillä on tehty)</p>	<p>epäasiallisen kohtelun esiintymisestä sekä vuonna 2009 kerätty uusi kyselyaineisto, jonka kohteena olivat KYSin ja ISLABin henkilöstö (n = 4199). Tutkimusmenetelmänä oli kysely, yhteen tutkimuskysymykseen saatiin vastaus väkivallan hallinnan työryhmän jäseniltä ja aiheeseen liittyvistä dokumenteista. Vuoden 2008 kyselyn tulokset analysoitiin SPSS-tilastollisella tietojenkäsittelyohjelmalla (SPSS 14.0 for Windows-ohjelma).</p>	<p>epäasiallista kohtelua esiintyi 2,5 kertaa useammin kuin fyysistä väkivaltaa vuonna 2008 ja siinä on 0,5 lisäys vuoteen 2003 nähden. Vuonna 2008 fyysisen väkivallan kohteeksi joutuivat useammin sijaiset, alle 45-vuotiaat hoitohenkilöstöön kuuluvat miehet konservatiivisten alojen tulosalueella ja sijaiset alle 45-vuotiaat miehet psykiatrian tulosalueella. Fyysistä väkivaltaa lievästi pahoinpitelemällä aiheuttivat pääasiassa potilaat. Epäasiallinen kohtelu taas kohdistui usein naistyöntekijöihin operatiivisella tulosalueella ja alle 45-vuotiaisiin työntekijöihin konservatiivisella tulosalueella. Epäasiallista kohtelua aiheuttajana potilaat ”Haukkumalla ja nimittelemällä” sekä ”Uhkailemalla ja vihjailemalla” ja työtoverit ”Pilkkaamalla ja naureskelemalla” ja esimiehet ”Mitätöimällä työn tuloksia”. Fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun syinä olivat pääasiassa potilaan sairaudesta (mielenterveyden ongelmat) johtuvat syyt sekä potilaan käyttäytymisestä (aggressiivisuus) johtuvat syyt.</p>
--	-------------	--	--	--